

MEDIZINISCHE, SOZIALE UND
PSYCHOLOGISCHE PROBLEME
BEI STATIONÄRER
KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Bärbel Stanienda

1982

Aus dem Zentralkrankenhaus Gauting
der Landesversicherungsanstalt Oberbayern

Direktor: Professor Dr. med. H. Blaha

MEDIZINISCHE, SOZIALE UND PSYCHOLOGISCHE
PROBLEME BEI STATIONÄRER KRANKENHAUSBEHANDLUNG

(Bericht über eine Untersuchung im Zentralkrankenhaus Gauting mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulosepatienten)

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Bärbel Stanienda
aus
München

München 1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof.Dr. H. Blaha
Mitberichterstatter:	Prof.Dr. N. Zöllner
Dekan:	Prof.Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 9.3.1982



Inhalt:

	Seite
1. Einleitung	1
2. Methodik und Ergebnisse	
2.1 Datensammlung	6
2.2 Allgemeiner Teil	8
2.3 Klinischer Teil	10
2.4 Sozial-psychologischer Teil	18
3. Diskussion der Ergebnisse	25
3.1 Vergleich des Kollektivs mit der Normalbevölkerung	25
3.2 Allgemeine Zufriedenheit	28
3.3 Zufriedenheit mit den Einrichtungen der Klinik	35
3.3.1 Klinikbetrieb	35
3.3.2 Freizeiteinrichtungen	39
3.4 Alkoholkonsum	46
3.5 Rauchen	54
3.6 Subjektives Wohlbefinden	58
4. Zusammenfassung	63
5. Literatur	66
6. Anhang	70

1. Einleitung

Durch die moderne Chemotherapie ist die medizinische Seite der Tuberkulosebehandlung weitgehend vereinfacht worden. Dadurch sind aber andere Probleme, die mit dieser Erkrankung offenbar im Zusammenhang stehen, deutlich sichtbar geworden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt in der Untersuchung der medizinischen, sozialen und psychologischen Faktoren und deren Beziehungen zueinander, die bei der immer noch relativ langen Krankenhausbehandlung das Gesamtbefinden des Patienten wesentlich mitbestimmen.

Eine solche Betrachtungsweise, die heute als Ganzheitsmedizin verstanden wird, hat ihre Parallele in der modernen Naturwissenschaft, so beispielsweise in der von ERNST HAECKEL bereits vor über hundert Jahren in die Zoologie eingeführten "Ökologie", die die Beziehungen eines Organismus zur umgebenden Außenwelt untersucht. In der Medizin finden sich jedoch bereits bei HIPPOKRATES Grundzüge der ökologisch orientierten Krankheitslehre (11). In seiner "Schrift von der Umwelt" fordert er, daß ein Arzt auf Gegend und Klima, auf Konstitution und Lebensweise, auf Jahreszeiten und Lebensmittel und jeweils gesondert wieder auf den jeweiligen Charakter des Menschen zu achten hat.

Aber auch in anderen Zweigen der modernen Naturwissenschaft richtet sich die Betrachtungsweise nicht mehr überwiegend auf eine isolierte Kenntnis der Elementarbausteine eines Dinges, sondern auch auf deren Beziehungen zueinander und auf das Gesamtobjekt, auf "Systeme" also.

Will man aber die medizinischen, sozialen und psychologischen Faktoren und insbesondere auch deren Wirkung in Abhängigkeit voneinander auf den Tuberkulosekranken untersuchen, wird man eine Definition des Begriffes "Krankheit" nicht vermeiden können. Diese hat sich im Laufe der Medizingeschichte je nach Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis gewandelt.

Die große Vielzahl von Definitionen deutet die Problematik eines allgemeingültigen Krankheitsbegriffes an, der naturwissenschaftliche, psychologische und soziologische Aspekte berücksichtigen sollte (29).

So kann die VIRCHOW'sche Definition "Krankheit ist Leben unter veränderten Bedingungen mit dem Charakter der Gefahr" als gestörte physiologische Funktion (30) ebensowenig befriedigen, wie die von JASPERS (13), die Krankheit als reine Befindensstörung folgendermaßen beschreibt: "Krankheit hängt weniger vom Urteil der Ärzte als von dem der Patienten ab und von den herrschenden Auffassungen der jeweiligen Kulturkreise".

Aber auch in der Definition des Gesundheitsbegriffes der WHO, wonach Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet wird, kommt dem subjektiven Befinden des Individuums große Bedeutung zu. Dieses subjektive Befinden ist bei der Feststellung der Krankheit als Diagnostikum häufig objektiven medizinischen Befunden überlegen. Von LANGENMAYR (19) wird sogar die Ansicht vertreten, daß jede körperliche Erkrankung durch psychosoziale Faktoren mit ausgelöst wird und ebensolche Folgen hinterläßt, die die Disposition für neue Erkrankungen schaffen.

Für die Tuberkulose wurden in vielen Untersuchungen die Beziehungen zwischen Psyche und Krankheit nachgewiesen (2). So zeigte BRONKHORST (5) in der vor-antibiotischen Zeit, daß sich psychische Ausgeglichenheit der Patienten und psychotherapeutische Fähigkeiten des Arztes günstig auf den Therapieverlauf auswirken. Bei 40-50% aller Tuberkulosepatienten werden Verhaltensauffälligkeiten angenommen, wobei die Gründe sowohl im Bereich emotionaler Störungen im Verhältnis zur Umwelt als auch im Intelligenzbereich als Folgen konstitutioneller Faktoren und peristatischer Gegebenheiten zu vermuten sind (2,15,32).

Auffälligkeiten sind bei Tuberkulosekranken auch im sozialen Bereich zu beobachten. Bindungslosigkeit,

Vereinsamung, sowie veränderte Strukturen des Zusammenlebens und ein hoher Anteil an Alkoholikern stehen dabei im Vordergrund (7,9).

Auf Grund epidemiologischer Studien sind Tuberkulosekranke häufig in den unteren sozialen Schichten zu finden (23). Nach MUNZINGER (22) ist dies jedoch nicht Ausdruck einer genuinen Schichtzugehörigkeit, sondern Folge einer "Sozialdynamik", eines sozialen Abstieges vor der Erkrankung.

Diese Auffälligkeiten bei Tuberkulosekranken im psychischen und sozialen Bereich müssen mit berücksichtigt werden, wenn man untersuchen will, warum die Eradikation der Tuberkulose bisher nicht gelungen ist. Sie wirken sich auch auf die konsequente Durchführung der Chemotherapie aus, die von manchen Kranken mißachtet wird. So haben nach BLAHA (3) "die großartigen Erfolge bei der Tuberkulosebehandlung aber auch einen gewissen Nachteil. Die Angst vor der Krankheit ist größtenteils verschwunden. Das Fehlen des Krankheitsbewußtseins des Einzelnen und der Gesellschaft, die Wegnahme des Krankheitsgefühls durch die moderne Behandlung innerhalb von Wochen, der Wegfall der Todesdrohung und der Wegfall der Drohung einer sozialen Verelendung kennzeichnen die erfolgreiche Verdrängung der Krankheit Tuberkulose aus dem individuellen und allgemeinen Bewußtsein und dies ist, gemessen an den objektiven Tatbeständen der

"Tuberkuloseepidemien gefährlich".

2. Methodik und Ergebnisse

2.1 Datensammlung

Die Untersuchung bezweckt die objektive statistische Bestätigung von bisher nur subjektiv gemachten Beobachtungen und vermuteten Zusammenhängen während der stationären Behandlung von Tuberkulosepatienten.

Allgemeine Daten, wie Geschlecht, Alter, Schulbildung, Berufstätigkeit usw. wurden einem von Herrn Diplompsychologen Dr. MUNZINGER entworfenen Fragebogen (siehe Anhang) entnommen, der den Patienten zur Beantwortung vorgelegt worden war.

Fragen nach der Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt, den Klinik- und Freizeiteinrichtungen, dem Wohlbefinden sowie zu Problemen des Alkoholismus und des Rauchens gaben den Patienten Möglichkeiten für eine subjektive Beurteilung ihrer Lage.

Um eine objektive Beantwortung der Fragen zu bekommen, wurde den Patienten Anonymität zugesichert.

Medizinische Befunde und Angaben über ausgeübte Berufe wurden den gleichzeitig durchgeführten Stichtagerhebungen zur Tuberkulose entnommen. Diese wurden von den Stationsärzten des ZKH-Gauting anhand eines Fragebogens (siehe Anhang) durchgeführt.

Die Stichtagerhebungen schließen Angaben zur Person,

zur Art der Tuberkulose, zum bakteriologischen Befund sowie zum Krankheitsverlauf ein.

Die Befragungsergebnisse wurden kombiniert und mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung ausgewertet, wobei nur signifikante Ergebnisse dieser Arbeit zugrunde liegen.

Als Computer diente ein im Max-Planck-Institut für Astrophysik in Garching aufgestelltes Gerät. Erhoben wurden die Daten im August 1979.

2.2 Allgemeiner Teil

Die folgenden Tabellen 1 bis 3 enthalten Angaben über Alter, Personenstand und ausgeübte Berufe des befragten Kollektivs im Vergleich mit der Normalbevölkerung. Es bestand aus 163 Patienten des ZKH-Gauting. Von diesen waren 142 wegen einer Tuberkulose und 21 wegen anderer pulmonaler Erkrankungen in stationärer Behandlung. Für die Diskussion wurden nur die Angaben der Tuberkulosepatienten verwendet.

Das Durchschnittsalter betrug 43 Jahre und war damit niedriger als das der Normalbevölkerung; der jüngste Patient war 17, der älteste 84 Jahre alt. Der Anteil der Ledigen und Geschiedenen war gegenüber der Normalbevölkerung erhöht.

60,7% waren berufstätig, die übrigen Hausfrauen (6,9%), Rentner (20,0%) und Studenten (3,4%); 9,0% beantworteten die Frage nicht.

Der überwiegende Teil hatte nur die Volksschule besucht (78,0%), 13,0% die Mittel- und 8,0% die Oberschule. Ohne Schulbildung waren 0,6% und 0,4% verweigerten eine Antwort auf diese Frage.

Tabelle 1 Altersverteilung

Befragtes Kollektiv		Bayerische Bevölkerung im Jahre 1977 (28)	
Alter	Patienten (%)	Alter	Bevölkerung (%)
17-26	18,4	18-25	13,6
27-39	26,4	25-40	18,8
40-52	25,8	40-50	17,2
> 53	29,4	> 50	40,4
	100,0 %		100,0 %

Tabelle 2 Personenstand

Personenstand	Befragtes Kollektiv	Bayerische Bevölkerung im Jahre 1977 (28)
ledig	36,6 %	21,3 %
verheiratet	37,8 %	64,1 %
geschieden	16,6 %	3,3 %
verwitwet	9,0 %	11,3 %
	100,0 %	100,0 %

Tabelle 3 Ausgeübte Berufe

Beruf	Befragtes Kollektiv (%)	Bayerische Be- völkerung (%) (28)
Arbeiter	49,8	42,9
Facharbeiter	17,8	
Angestellte	26,7	30,4
Beamte	0,9	8,5
Selbständige	1,9	10,7
Landwirte	2,9	
mithelfende Familienangehörige		7,5
	100,0 %	100,0 %

2.3 Klinischer Teil

An einer Tuberkulose der Atmungsorgane waren 84 % der befragten Patienten erkrankt oder mit dieser Verdachtsdiagnose eingewiesen worden. 3 % hatten zusätzliche Komplikationen durch extrapulmonale Manifestationen und 13 % befanden sich wegen anderer Erkrankungen in stationärer Behandlung. 73 % waren Männer und 27 % Frauen. Dieses Verhältnis von 3:1 entspricht der heutigen epidemiologischen Situation der Tuberkulose (1). Der Verlauf und die Länge der stationären Behandlung einer Tuberkuloseerkrankung hängen im wesentlichen von ihrem Schweregrad und von begleitenden, kompli-

zierenden Zweiterkrankungen ab.

Tabelle 4 zeigt die Ausdehnung der Tuberkulose bei der Aufnahme. Es kamen hauptsächlich mittlere und schwere Fälle zur Aufnahme. Dies entspricht der heutigen Ansicht, leichtere Erkrankungen möglichst ambulant zu behandeln.

Tabelle 4 Ausdehnungsgrad der Tuberkulose bei der Aufnahme

Schweregrad	Anzahl der Patienten (%)
I gering ausgedehnt	18,7
II mäßig ausgedehnt	57,9
III ausgedehnt	23,4

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten betrug am Stichtag 8,9 Wochen (62,3 Tage). Sie ist ein Hinweis auf die Länge der stationären Tuberkuloseheilverfahren, die etwa 3 bis 6 Monate beträgt.

Der "Stichtag" ist im ZKH Gauting seit 1972 der 1. August eines jeden Jahres. An diesem werden, unabhängig von der Aufenthaltsdauer, alle Patienten, die an einer Tuberkulose leiden oder bei denen der Verdacht auf eine solche Erkrankung besteht, mit Hilfe spezieller Erhebungsbögen (vgl. Anhang, S.76) erfaßt. Neben allgemeinen Daten, die das soziale Umfeld betreffen, werden Angaben über Art und Ausdehnung der Tuberkulose,

vorhandene Begleitleiden, röntgenologische Rückbildung, den bakteriologischen Status, Transaminaseverläufe, Medikamentennebenwirkungen, Resistenzentwicklungen sowie Rauch- und Trinkgewohnheiten gesammelt, um sie statistisch auswerten und die Probleme der stationären Tuberkulosebehandlung erkennen zu können.

Tabelle 5 zeigt den Behandlungserfolg als Grad der Rückbildung des Röntgenbefundes am "Stichtag" bei den Tuberkulosekranken.

Tabelle 5 Röntgenologische Rückbildung am "Stichtag"

Rückbildung	Anzahl der Patienten (%)
keine	31,9
mittel	25,1
gut	43,0

Bei 31,9 % der Patienten war am "Stichtag" noch keine Befundrückbildung erkennbar. Diese Zahl schließt die Patienten ein, bei denen noch keine Thoraxkontrollaufnahmen vorlagen.

Begleitleiden

Die am häufigsten vorkommenden extrapulmonalen Begleitleiden sind in Tabelle 6 aufgeführt. Zum Ver-

gleich sind Angaben von ROTTACH (26) aus den Jahren 1973/74 angegeben.

Tabelle 6 Häufigste extrapulmonale Begleiterkrankungen

Begleiterkrankungen	Befragtes Kollektiv (%)	ROTTACH	
		1973 (%)	1974 (%)
Diabetes mellitus	10,3	9,1	10,3
Hepatopathien	10,3	14,8	12,4
Herz-Kreislaufferkr.	9,8	9,9	12,6
Polyneuropathien	3,8	3,6	2,7
Nierenerkrankungen	4,0	6,4	6,6

Erwartungsgemäß standen der Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufferkrankungen und Hepatopathien im Vordergrund. Eine Koinzidenz dieser Erkrankungen mit der Tuberkulose ist seit langem bekannt.

Relativ häufig wurden auch Polyneuropathien gefunden. Bei letzteren ist ein Zusammenhang mit dem häufigen Vorkommen von Diabetes mellitus, Hepatopathien, medikamentös-toxischer Schädigung durch die INH-Behandlung und den Alkoholabusus anzunehmen.

Bei den Nierenerkrankungen handelt es sich größtenteils um Harnwegsinfekte, die durch die routinemäßig durchgeführten Harnuntersuchungen aufgedeckt wurden.

Die gefundenen häufigsten Begleiterkrankungen stimmen mit den Angaben von ROTTACH (26) anlässlich der "Stichtagprüfungen 1973/74 im ZKH-Gauting überein.

Tabelle 7 Häufigste intrapulmonale Erkrankungen

Erkrankung	Anzahl der Patienten des befragten Kollektivs
Lungenembolie	2
Asthma bronchiale	3
Asbestoseverdacht	1
Silikose	2
Lungenemphysem	3
Pleuritis exsudativa	2
Farmerlunge	1
Spontanpneumothorax	2
Zustand nach Pneumektomie	2
Pleuraempyem	2
chronische Bronchitis	3
chronische Pneumonie	1

Klinische und soziale Faktoren sind bei den Tuberkuloseerkrankungen eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Als Beispiel seien die Lebererkrankungen, die mit 10,3 % zu den häufigsten Begleit-
leiden zählen, angeführt.

"Hepatopathien"

Zur Überprüfung der Leberfunktion wird bei den Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus die Aktivität der Serumenzyme, insbesondere die der Transaminasen, gemessen. Diese Kontrollen werden während des Aufenthalts mindestens alle 4 Wochen wiederholt.

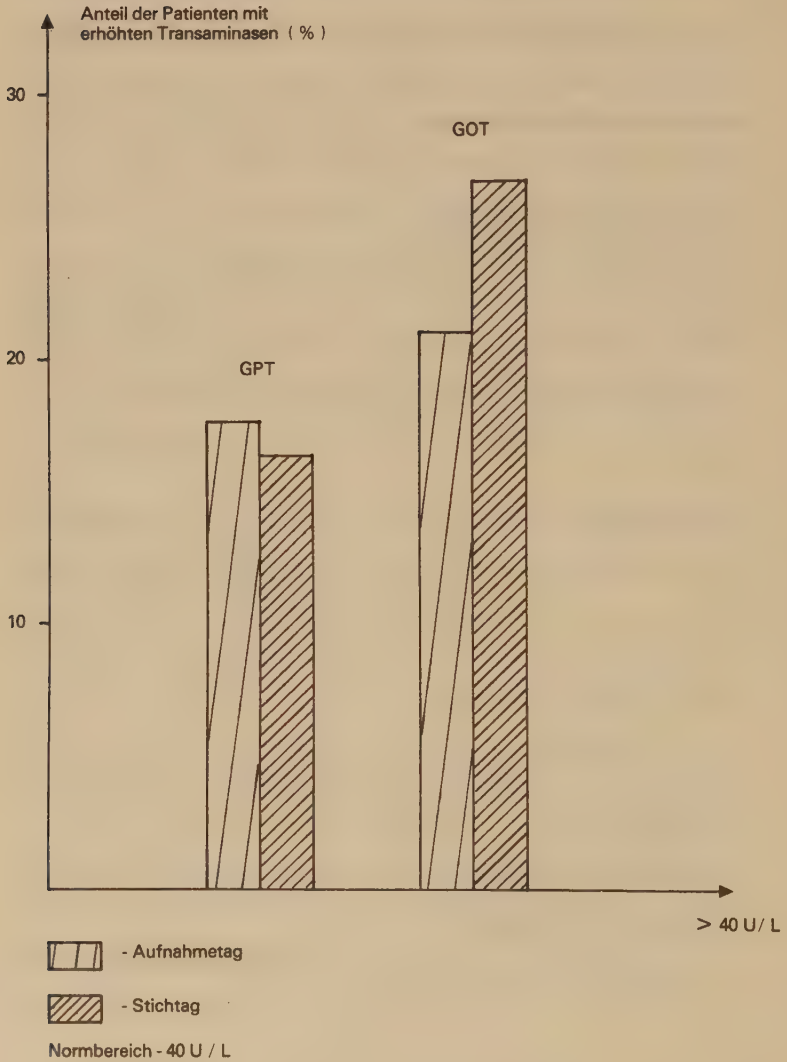
Abb. 1 zeigt das Verhalten der Enzymaktivitäten während der stationären Behandlung der Lungentuberkulose. Ähnliche Ergebnisse liegen aus Untersuchungen an Tuberkulosepatienten des ZKH-Gauting von SAUER (27) aus dem Jahre 1969 und von ROTTACH (26) aus den Jahren 1972-74 vor.

Bemerkenswert ist, daß bereits eine relativ große Anzahl von Patienten (20 %) mit erhöhten Transaminasen-Aktivitäten ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Für die Hauptursachen dieser Lebererkrankungen gibt WILDHIRT (31) folgende Einteilung:

1. Leberbeteiligung an der Grundkrankheit Tuberkulose
2. Leberschädigende Faktoren der tuberkulostatischen Therapie
3. Vermehrte Frequenz der Virushepatitis bei tuberkulösen Patienten
4. Alkoholschädigung der Leber bei Heilstättenpatienten

Abb.1

ÄNDERUNG DER ENZYMAKTIVITÄTEN
WÄHREND DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG



Die Verknüpfung von klinischen und sozialen Faktoren wird besonders bei den durch Alkohol verursachten Lebererkrankungen deutlich. Alkoholismus führt zu Problemen innerhalb der Familie, am Arbeitsplatz und in der Folge zu einem sozialen Abstieg. Damit verbunden ist eine zunehmende Minderung der Widerstandskraft und eine Begünstigung der Entstehung einer Tuberkulose. Durch den chronischen Verlauf der Erkrankung und die relativ lange Heilstättenbehandlung wird diese ungünstige Entwicklung meist nicht unterbrochen. Der fortgesetzte Alkoholismus verhindert dann eine Ausheilung der Tuberkulose.

2.4 Sozial-psychologischer Teil

Tabelle 8 Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrem Aufenthalt im ZKH-Gauting?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
1. sehr zufrieden	19,6
2. zufrieden	33,7
3. den Umständen entsprechend, "so la la"	37,4
4. weniger zufrieden	4,3
5. ziemlich unzufrieden	0,6
6. sehr unzufrieden	1,8
7. keine Antwort	2,5
	100,0 %

Tabelle 9 Ausgewählte Fragen zum Klinikbetrieb

Frage: Sind Sie mit ...	Antworten der Patienten (%)		
	zu- frieden	unzu- frieden	keine Antwort
1. der Freizeitgestaltung	54,0	19,0	27,0
2. den Krankenschwestern	96,3	0,6	3,1
3. den Ärzten	92,6	2,5	4,9
4. der Essensmenge	71,2	20,2	8,6
5. der Essensgüte	53,4	31,3	15,3
6. den Einkaufsmöglichkeiten	35,0	44,8	20,2
7. der Ausgestaltung der Räume	80,4	9,2	10,4
8. der Ausgangs- und Ur- laufsregelung	53,4	24,5	22,1
9. den Liegekuren	76,7	5,5	17,8
10. den Visiten	82,8	7,4	9,8
11. der Hausordnung	73,6	11,0	15,3

Tabelle 10 Kennen Sie die Freizeiteinrichtungen im ZKH-Gauting und sind Sie damit eher zufrieden oder unzufrieden?

Freizeiteinrichtungen	Antworten der Patienten (%)			
	bekannt aber nicht benutzt	zu-frieden	unzu-frieden	keine Antwort
1. Beschäftigungstherapie	25,8	33,1	1,2	39,9
2. Patientenbücherei	26,4	19,6	2,5	51,5
3. Minigolf	17,8	28,2	4,9	49,1
4. Tischtennis	24,5	22,1	2,5	50,9
5. Boccia-Bahn	24,5	12,3	2,5	60,7
6. Radio-Gauting	16,6	33,1	6,1	44,2
7. Patientenclub	16,6	24,5	6,7	52,1
8. Schach	27,6	9,8	1,2	60,7
9. Gesellschaftsspiele	18,4	12,9	2,5	66,3
10. Kino/Theater	14,7	36,2	9,2	39,3

Tabelle 11 Wünschen Sie mehr Freizeitangebote?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
ja	50,9
nein	31,9
keine Antwort	17,2
	100,0 %

Tabelle 12 Trinken Sie im Krankenhaus alkohol-
haltige Getränke?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
ja	48,4
nein	43,6
keine Antwort	8,0
	100,0 %

Tabelle 13 Trinken Sie eher Bier, Wein, Schorle⁺),
Schnaps oder harte Getränke?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
Bier	38,7
Wein oder Schorle	11,0
Schnaps oder harte Getränke	0,6
keine Antwort	49,7
	100,0 %

⁺) Schorle = Wein + Selterswasser

Tabelle 14 Wieviel Flaschen trinken Sie denn täglich?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
1 Flasche Bier	16,0
3 Flaschen Bier	19,0
>5 Flaschen Bier	1,2
2 Flaschen Schorle	9,8
keine Antwort	54,0
	100,0 %

Tabelle 15 Wenn Sie Alkohol trinken, wo ist das dann hauptsächlich?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
im Krankenzimmer	19,0
im Aufenthaltsraum	16,0
im Krankenhausgelände	9,2
auswärts	3,7
keine Antwort	52,1
	100,0%

Tabelle 16 Woher bekommen Sie hauptsächlich Ihre alkoholhaltigen Getränke?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
aus der Kantine	87,1
durch Besucher	9,1
auswärtige Gast- und Verkaufsstätten	3,8
	100,0 %

Tabelle 17 Sehen Sie Möglichkeiten, den Alkoholkonsum im Krankenhaus einzuschränken?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
ja	49,6
nein	25,2
keine Antwort	25,2
	100,0 %

Tabelle 18 Meinen Sie, daß es notwendig ist, daß
im Krankenhaus weniger oder gar kein
Alkohol getrunken wird?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
ja	48,5
nein	33,7
keine Antwort	17,8
	100,0 %

Tabelle 19 Wenn hier im Krankenhaus ein Alkoholver-
bot gelten würde, würden Sie dies eher
befürworten oder ablehnen?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
befürworten	41,7
ablehnen	38,0
keine Antwort	20,3
	100,0 %

Tabelle 20 Sind Sie Raucher?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
ja	53,4
nein	38,0
keine Antwort	8,6
	100,0 %

Tabelle 21 Wenn Sie Raucher sind, rauchen Sie dann
eher milde oder starke Zigaretten?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
milde Zigaretten	33,7
starke Zigaretten	17,8
keine Antwort	48,5
	<u>100,0 %</u>

Tabelle 22 Befürworten Sie eine Einschränkung des
Rauchens oder gar ein Rauchverbot im
ZKH-Gauting?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
befürworten	38,7
ablehnen	20,2
keine Antwort	41,1
	<u>100,0 %</u>

Tabelle 23 Fühlen Sie sich durch den Krankenhausauf-
enthalt in Ihrem körperlichen Wohlbefinden
gebessert, wie vorher oder verschlechtert?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
gebessert	66,3
wie vorher	23,9
verschlechtert	5,5
keine Antwort	4,3
	<u>100,0 %</u>

Tabelle 24 Fühlen Sie sich durch den Krankenhaus-
aufenthalt in Ihrem seelischen Wohlbe-
finden gebessert, wie vorher oder ver-
schlechtert?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
gebessert	40,6
wie vorher	37,4
verschlechtert	21,9
keine Antwort	0,1
	100,0 %

Tabelle 25 Wie geht es Ihnen eigentlich ganz
allgemein im Krankenhaus?

mögliche Antwort	Anzahl der Patienten (%)
sehr gut gelaunt	36,2
wie vorher	39,8
sehr niedergeschlagen	15,4
keine Antwort	8,6
	100,0 %

3. Diskussion der Ergebnisse

Die Atmosphäre in einem Krankenhaus wird entscheidend von den Patienten mitgeprägt, deren individuelle Verhältnisse und Bedürfnisse naturgemäß dort nicht immer voll berücksichtigt werden können.

Um zu ermitteln, ob die dadurch bedingte emotionelle Belastung oder die Schwere der Erkrankung das Befinden im Krankenhaus stärker beeinflussen, wurden den Patienten Fragen über ihre Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt, über ihre Meinung zum Klinikbetrieb und Freizeitangebot, zum Nikotin- und Alkoholkonsum sowie zu ihrem subjektiven Befinden gestellt und mit allgemeinen Angaben und klinischen Befunden verglichen.

Das befragte Kollektiv wurde anhand einiger Daten, wie Alter, Personenstand, Schulbildung, Beruf, Alkoholkonsum und Rauchen der Normalbevölkerung gegenübergestellt.

3.1 Vergleich des Kollektivs mit der Normalbevölkerung

Etwa die Hälfte der Kranken gehörte der Altersgruppe zwischen 17 und 39 Jahren an. Wie ein Vergleich mit der Normalbevölkerung zeigt (Tab.1), waren mehr jüngere Personen mit einer Tuberkulose im Krankenhaus, als dies der Bevölkerungsstruktur entsprach. Sie muß-

ten sich einer relativ langen Behandlungsdauer von durchschnittlich 62 Tagen unterziehen. Probleme wirtschaftlicher, sozialer und familiärer Art sowie die Neigung zu übermäßigem Alkohol- und Zigaretten-
genuß treten während dieser langen Zeit bei ihnen deutlicher hervor, als dies z.B. bei Patienten in Allgemeinkrankenhäusern auf internen Abteilungen der Fall ist. Dort ist das Durchschnittsalter der Kranken infolge der Erhöhung der allgemeinen Lebens-
erwartung der Bevölkerung ständig gestiegen. Es be-
trug im Jahre 1978 für Frauen 65 und für Männer 56 Jahre, die durchschnittliche Behandlungsdauer jedoch nur 11 Tage (18).

Vergleicht man den Personenstand der Patienten mit dem der bayerischen Bevölkerung, dann zeigt sich, daß auffallend viele sozial ungebunden waren. So be-
trug der Anteil der Ledigen 36,6 % gegenüber 21,3 % und der der Geschiedenen 16,6 % gegenüber 3,3 % der Normalbevölkerung (Tab. 2). Daraus erklärt sich die Bedeutung der sozialen Komponente in der Epidemio-
logie der Tuberkulose. Sie wird durch eine spezi-
elle Soziologie erhalten und analysiert (25).

Auch die Verflechtung des Berufes mit der Existenz und der sozialen Gliederung führt dazu, daß sich eine ungünstige Entwicklung negativ auf den Gesund-

heitszustand auswirkt.

Einen Überblick über die soziale Stellung der Tuberkulosepatienten gibt die Schul- und Berufsausbildung. Die überwiegende Mehrzahl (78 %) gab Volksschulbildung an. Mittel- und Oberschulabschluß wurden dagegen nur von 13 % bzw. 8 % genannt.

60,7 % der Patienten waren berufstätig. In Tabelle 3 wird das prozentuale Verhältnis der ausgeübten Berufe dem der Normalbevölkerung gegenübergestellt.

Arbeiter und Facharbeiter waren mit 67,6 % gegenüber 42,9 % in der Normalbevölkerung deutlich überrepräsentiert. Dabei ist jedoch zu beachten, daß das ZKH-Gauting eine Einrichtung der LVA-Oberbayern ist, wodurch eine Selektion von vornherein gegeben war.

Der Anteil an Alkoholikern unter den Tuberkulosepatienten im ZKH-Gauting betrug nach früheren Untersuchungen 32 % (22, 26). Er ist damit dreimal höher als in Allgemeinkrankenhäusern (8). In der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik dagegen wird die Zahl der Alkoholabhängigen auf 2-3 % geschätzt, zusätzlich einer Dunkelziffer von 100 % (16).

Als Ursachen für die Trunksucht im ZKH-Gauting sind zu nennen: Die Zugehörigkeit vieler Patienten zu sozialen Randgruppen mit hoher Suchtanfälligkeit, die Aufnahme behördlich bereits erfaßter Alkoholiker und die Tatsache, daß Patienten erst während des langen

Krankenhausaufenthaltes mit dem Trinken beginnen. Der Anteil der Raucher ist mit 53,4 % ebenfalls groß (Tab. 20). Direkte Vergleichszahlen mit der Gesamtbevölkerung fehlen jedoch.

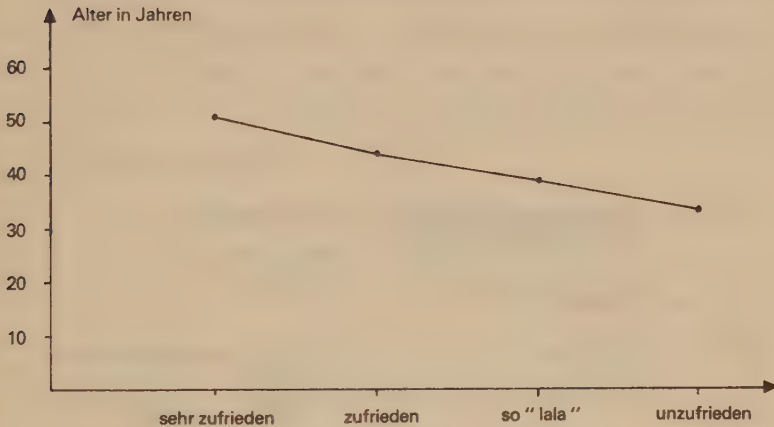
3.2 Allgemeine Zufriedenheit

Um den wichtigen Faktor "Zufriedenheit" auf den Krankheitsverlauf der Tuberkulose genauer ermitteln zu können, wurde eine Unterteilung in "allgemeine Zufriedenheit" und "Zufriedenheit mit den Einrichtungen der Klinik" vorgenommen.

Die Frage nach der "allgemeinen Zufriedenheit" mit dem Aufenthalt im ZKH-Gauting war, wie Tabelle 8 zeigt, mit einer von 6 verschiedenen Bewertungen zu beantworten. Diese Unterteilung erwies sich aber als zu fein differenziert, so daß die Antworten, der besseren Übersicht wegen, in die zwei Gruppen "zufrieden" und "unzufrieden" zusammengefaßt wurden. Danach waren 53,3 % der Patienten zufrieden und 44,1 % unzufrieden, wobei 2,6 % die Frage nicht beantworteten.

Unter den "zufriedenen" Patienten waren überwiegend ältere, insbesondere Rentner und Witwer zu finden (Abb. 2 u.3), Patienten also, die eine Betreuung zu schätzen wissen, die dankbar für erwiesene Hilfe und auch weniger kritikfreudig waren.

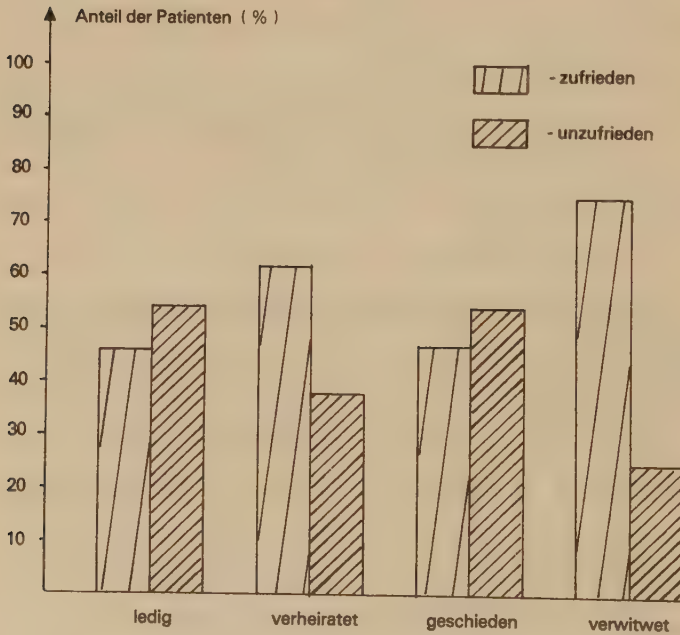
Abb. 2 "ALLGEMEINE ZUFRIEDENHEIT" IN ABHÄNGIGKEIT VOM LEBENSALTER



Dagegen waren unter den "unzufriedenen" Patienten überwiegend jüngere zu finden, auf die ein mehrmonatiger Krankenhausaufenthalt und die dadurch bedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz, der Berufsausbildung oder der Schule sehr belastend wirkte. Als Kleinunternehmer muß sich der Patient um die Existenz seines Betriebes sorgen und als Arbeitnehmer um den Erhalt seines Arbeitsplatzes. Beide haben häufig langfristige finanzielle Verpflichtungen, bedingt durch Investitionen oder Anschaffungen. Zu den finanziellen und wirtschaft-

lichen Problemen kommen die familiären hinzu. Dabei ist auffallend, daß unter den "unzufriedenen" Patienten besonders viele ledig oder geschieden waren (Abb. 3).

Abb. 3 "ALLGEMEINE ZUFRIEDENHEIT" IN ABHÄNGIGKEIT VOM PERSONENSTAND (%)



Daß die "Zufriedenheit" der Patienten überwiegend durch psychische Faktoren bestimmt wird und nicht durch die Schwere der Erkrankung wird deutlich, wenn diese in Abhängigkeit vom Alter dargestellt wird. Tabelle 26 zeigt, daß die jüngeren Patienten, die unter den "unzufriedenen" überwogen, leichtere Erkrankungen hatten.

Tabelle 26 Ausdehnung der Tuberkulose in Abhängigkeit vom Lebensalter

Ausdehnung der Tuberkulose	Anzahl der Patienten (%)	Durchschnittsalter in Jahren
gering	31	35
mäßig	32	44
ausgedehnt	37	43

Auch der Therapieerfolg war in dieser Gruppe besser, als in der mit "zufriedenen" Patienten (Tab. 27), wobei unter Therapieerfolg der Grad der Rückbildung nach dem Röntgenbefund am Stichtag verstanden wird. Die "zufriedenen" Patienten hatten dagegen ausgedehntere Lungentuberkulosen (Tab. 26) und, bedingt durch das höhere Alter in dieser Gruppe, auch häufiger Begleit leiden, die den Behandlungserfolg zusätzlich erschwerten.

Tabelle 27 Rückbildung der Tuberkulose in Abhängigkeit vom Alter

Röntgenologische Rückbildung	Anzahl der Patienten (%)	Durchschnittsalter in Jahren
keine	31	46
mäßige	25	45
gute	44	37

Insgesamt hatten 37 % der Tuberkulosekranken Zweit-
erkrankungen. Tabelle 28 zeigt, daß darunter 36 % äl-
ter als 53 Jahre waren. Da diese Altersgruppe im be-
fragten Kollektiv mit 28 % vertreten war, bedeutet
das eine Konzentrierung auf das 3,47-fache. Trotzdem
gaben diese Erkrankten an, "zufrieden" zu sein.

Tabelle 28 Altersabhängigkeit der Patienten
mit Begleitleiden

Anzahl der Patienten mit Begleitleiden (%)	Alter in Jahren
12	17-26
25	27-39
27	40-52
36	über 53
100 %	

Die Schwere der Erkrankung an Tuberkulose ist andererseits auch vom Personenstand der Patienten abhängig. Tabelle 29 zeigt, daß ausgedehntere Erkrankungen unter geschiedenen und verwitweten Patienten häufiger sind als unter ledigen und verheirateten. Dieser Einfluß der familiären Verhältnisse auf den Tuberkuloseverlauf ist durchaus in Übereinstimmung mit Ergebnissen, die auch von anderen Autoren erzielt wurden (20, 24, 32).

Tabelle 29 Ausdehnung der Tuberkulose in Abhängigkeit vom Personenstand

Ausdehnungsgrad der Tuberkulose	Personenstand (%)			
	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
gering	22	24	4	-
mäßig	62	54	57	67
stark	16	22	35	33
	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>

Geschiedenen Patienten und solchen mit Eheproblemen bereitet ein Krankenhausaufenthalt und ein Sicheinfügen in den Krankenhausbetrieb erheblich größere Schwierigkeiten als verheirateten. Die Einstellung zur Krankheit überhaupt zeugt von einer Mißachtung des eigenen Gesundheitszustands. So hat HOPPE (12) aus Ver-

laufsbeobachtungen von Tuberkulosekranken eines sehr großen Kollektivs während eines Zeitraums von über zehn Jahren ermittelt, daß diese Patienten den Krankenhausaufenthalt aus disziplinarischen Gründen dreimal häufiger vorzeitig beenden mußten als andere Kranke. Auch die vollständige Ausheilung der Krankheit war bei diesen Personen weniger leicht zu erreichen und zwar um 14 % im Vergleich zu anderen Patienten. Seit den fünfziger Jahren werden in den USA und in England als Life-Event-Forschung Untersuchungen über die gesundheitlichen Folgen alltäglicher Ereignisse und Veränderungen im Leben, wie Heirat, Scheidung, Geburt eines Kindes, Arbeitsplatz- und Wohnungswechsel, Tod oder Trennung von Angehörigen, Pensionierung u.a., die allgemein als Streß bezeichnet werden, durchgeführt (14).

Am Beispiel der Tuberkulose wurden im Jahre 1955 von HAWKINS und Mitarbeitern (10) Untersuchungen bei Tuberkulosekranken vorgenommen und die Ergebnisse einer gesunden Kontrollgruppe gegenübergestellt. Es stellte sich heraus, daß die kranke Gruppe zwei Jahre vor der Erkrankung signifikant mehr Stresserlebnisse als die gesunde hatte.

3.3 Zufriedenheit mit den Einrichtungen der Klinik

Um den Informationsgehalt der Antworten zu den Einrichtungen der Klinik zu erhöhen, wurde dieser Fragenkomplex in Fragen zum Klinikbetrieb und in solche zum Freizeitangebot unterteilt.

3.3.1 Klinikbetrieb

Die zum Klinikbetrieb vorgelegten Fragen sind in Tabelle 9 angegeben. Danach waren 96,3 % mit den Krankenschwestern und 92,6 % mit den Ärzten zufrieden. Die Pflege und Betreuung der Patienten schließt neben der rein medizinischen Aufgabe auch die der patientengerechten Information über den Krankheitsverlauf ein. Darüber hinaus erfolgt auch eine Beratung über berufliche Probleme, wie Arbeitsplatz- und mitunter Berufswechsel, sowie eine Anteilnahme an den persönlichen häuslichen Verhältnissen der Erkrankten. Daß diese Aufgaben vom Krankenhauspersonal des ZKH-Gauting offensichtlich sehr gut gelöst werden, zeigt sich auch in der Beantwortung der Frage nach den Visiten, die nur von 7,4 % der Befragten bemängelt wurden. Weniger Patienten waren dagegen mit Dingen zufrieden, die ihr "leibliches Wohl" unmittelbar betrafen, wie

Essensmenge (71,2 %), Essensgüte (53,4 %) und den Einkaufsmöglichkeiten (35,0 %, vgl. Tab.9).

Bei der Beurteilung der Antworten über die Möglichkeiten einer Freizeitgestaltung und zur Ausgangsregelung wird man davon ausgehen müssen, daß diese besonders stark von der augenblicklichen individuellen Situation beeinflußt sind. Das zeigt Tabelle 9 deutlich, denn 27,0 % bzw. 22,1 % der Befragten verweigerten eine Antwort. Vermutlich handelt es sich dabei um bettlägrige und ältere Patienten, die weder das umfangreiche Freizeitangebot nutzen, noch einen Ausgang oder Urlaub in Anspruch nehmen konnten. Daß mit der Ausgangsregelung nur 53,4 % "zufrieden" waren ist durchaus nicht überraschend, denn im ZKH-Gauting werden die Vorschriften des Bundesseuchengesetzes eingehalten. Die Strenge dieser Vorschriften trifft insbesondere den Neuankömmling, den Nichteingewöhnten, den aus dem Alltag plötzlich Herausgerissenen. Danach haben die Kranken Anspruch auf Ausgang oder Urlaub nur dann, wenn keine Ansteckungsgefahr mehr besteht. Diese kann erst frühestens acht Wochen nach der Aufnahme sicher beurteilt werden, wenn das Ergebnis der ersten Sputumuntersuchung vorliegt. Ist keine Bakterienausscheidung mehr nachweisbar, erhalten die Patienten 14-tägig ein freies Wochenende und gelegentlich einen Tag Ausgang für die Erledigung

dringender Besorgungen.

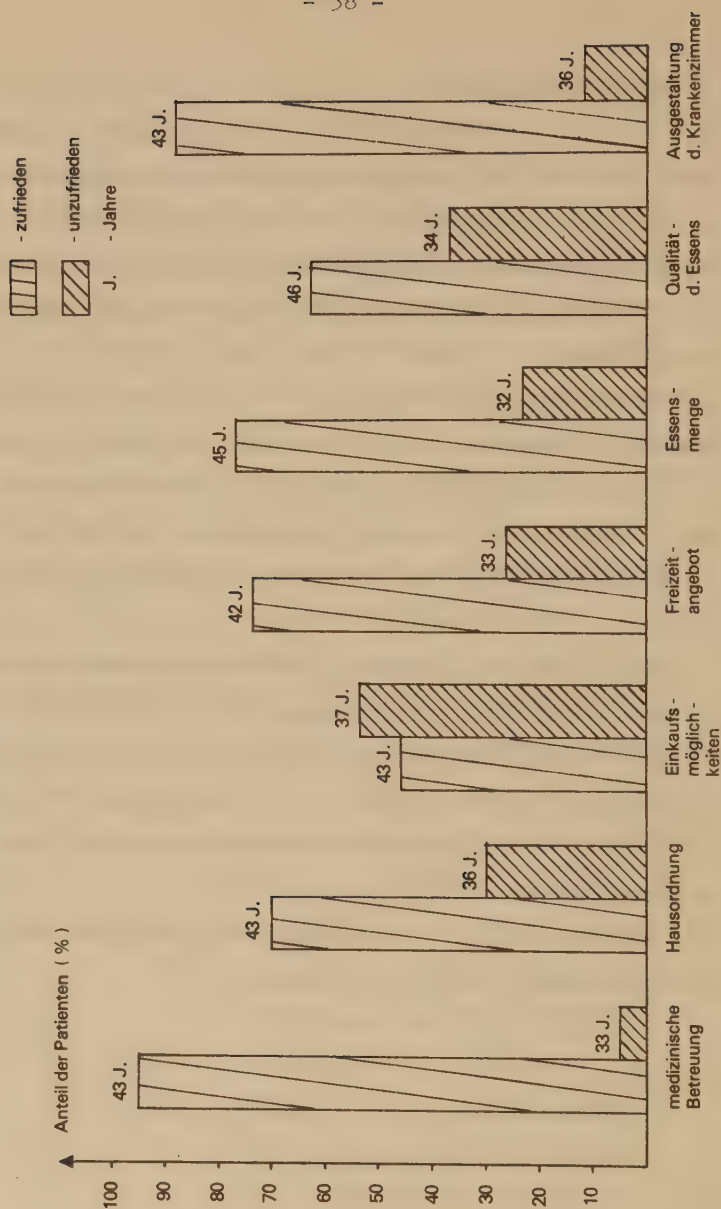
Mit der "Ausgestaltung der Räume" waren 80,4 % "zufrieden". Die zum Teil beengten, nüchtern-zweckmäßig ausgestalteten Zimmer und die auf einigen Stationen noch unzureichenden sanitären Einrichtungen wurden nur von 9,2 % der Patienten kritisiert, 10,4 % machten darüber keine Angaben.

Die Durchführung der "Liegekuren", die trotz hochwirksamer Chemotherapie auch heute noch ihre Berechtigung als "Ruhezeiten" haben, wurde von 76,7 % akzeptiert. Die "Hausordnung", die u.a. Tagesablauf und Besuchszeiten regelt, fand bei 73,6 % der Patienten Zustimmung.

Korreliert man die Antworten der Tuberkulosekranken zu den Fragen nach der "Zufriedenheit mit dem Klinikbetrieb" mit dem Lebensalter (Abb. 4), so ergibt sich, wie bereits bei den Antworten zur "allgemeinen Zufriedenheit", daß ältere Patienten "zufriedener" als jüngere waren.

Dagegen ist bei der Abhängigkeit vom Personenstand eine Signifikanz hier nicht gegeben.

Abb. 4 ABHÄNGIGKEIT DER "ZUFRIEDENHEIT MIT DEM KLINIKBETRIEB"
VOM LEBENSALTER



3.3.2 Freizeiteinrichtungen

Zur Freizeitgestaltung stehen den Patienten im ZKH-Gauting folgende sportliche, handwerkliche und kulturelle Einrichtungen zur Verfügung:

1. Sportliche Einrichtungen: Minigolf, Tischtennis, Boccia, Schach.
2. Handwerkliche " Schneider-Werkstatt,
 Schreiner- "
 Korbflechter- "
 Keramik- " und ein
 Fotolabor.
3. Kulturelle " Bibliothek mit ca. 7000
 Büchern,
 Theater- und Kinoraum,
 Clubraum, Diskothek,
 Sender "Radio Gauting".

Außerdem werden Möglichkeiten zur beruflichen Fortbildung geboten, wie beispielsweise Schreibmaschinenkurse und Deutschkurse für Ausländer.

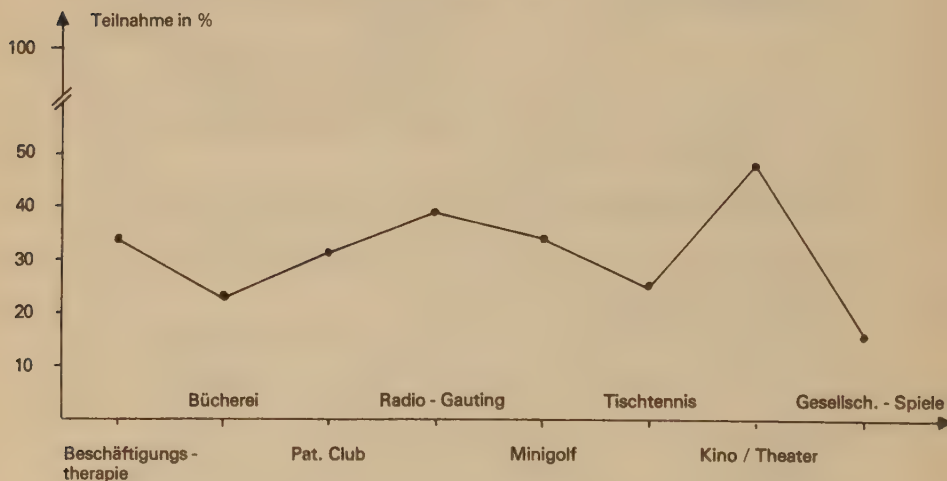
Zur Betreuung für diese Einrichtungen sind insgesamt etwa zehn hauptberuflich angestellte Sozialarbeiter, Sozialtherapeuten und ein Psychologe tätig.

Bei der Aufnahme ins ZKH-Gauting wird der Patient über diese Freizeiteinrichtungen unterrichtet und durch einen Handzettel über die Öffnungszeiten und andere Einzelheiten informiert. Trotzdem gaben nur durchschnitt-

lich 21,3 % der Befragten an, vom Gebotenen Kenntnis zu haben, aber davon keinen Gebrauch zu machen. In Tabelle 10 sind die Antworten dazu für die einzelnen Einrichtungen aufgeschlüsselt.

Der Nutzungsgrad der Freizeiteinrichtungen, also die Summe der Bewertungen "zufrieden" und "unzufrieden" ist in Abb. 5 dargestellt.

Abb. 5 NUTZUNGSGRAD DER FREIZEITEINRICHTUNGEN



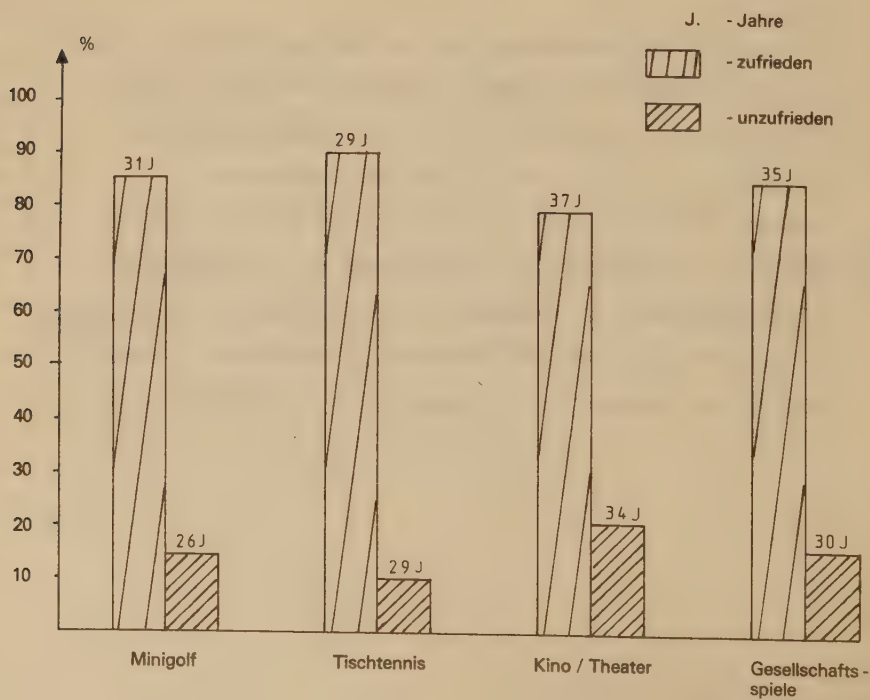
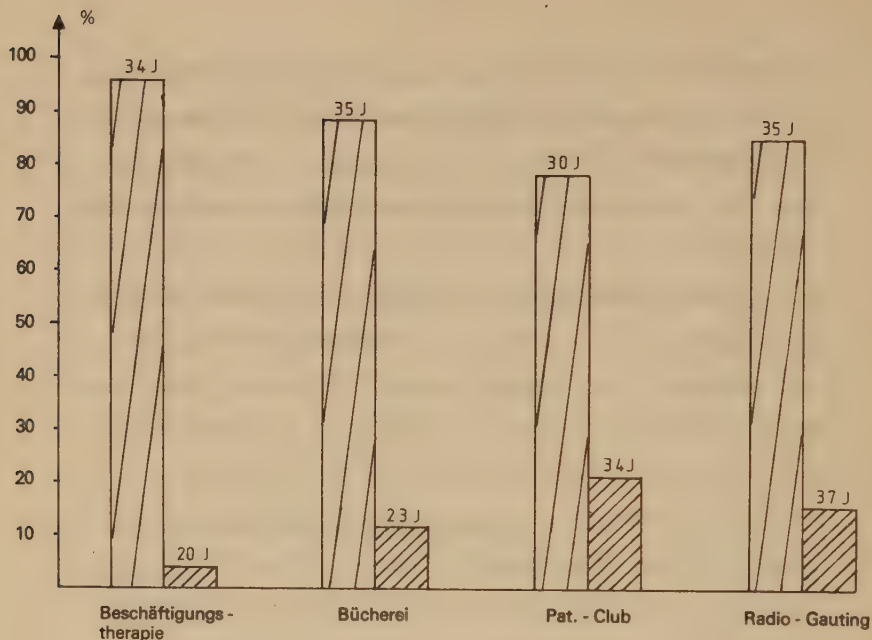
Danach wird das vielseitige Angebot nur von etwa einem Drittel der Patienten genutzt. Während die Nutzung des Schachspiels im Garten nur 11 % betrug, erfreuten sich Kino- und Theateraufführungen mit 45 % der größten Beliebtheit.

Abb. 6 zeigt Beziehungen zwischen Lebensalter und dem jeweiligen Anteil der mit den Freizeiteinrichtungen "zufriedenen" bzw. "unzufriedenen" Patienten. Das Durchschnittsalter wurde über den Säulen im Diagramm angegeben. Daraus ist ersichtlich, daß die Freizeiteinrichtungen vorwiegend von jüngeren Patienten genutzt wurden. Dieser Personenkreis hatte offensichtlich ein besonderes Interesse an einer aktiven Freizeitgestaltung, während die älteren Patienten sich eher passiv verhielten.

Der Anteil der Patienten, der mit den angebotenen Einrichtungen "zufrieden" war, schwankte zwischen 78,4 % (Patientenclub) und 96,4 % (Beschäftigungstherapie), bezogen auf die Benutzer dieser Einrichtungen.

Etwa die Hälfte dieser Patienten (50,9 %) war, wie Tabelle 11 zeigt, an einer Erweiterung des Freizeitangebotes interessiert. Neben allgemeinen Wünschen nach mehr Sport-, Kultur- und Gemeinschaftsveranstaltungen, wurden auch spezielle Anregungen, wie die Einrichtung

Abb. 6 ZUFRIEDENHEIT MIT DEN FREIZEITEINRICHTUNGEN
- LEBENSALTER



eines Cafes und einer Kegelbahn, die Durchführung von Gruppentherapie und autogenem Training, Berufsberatung und Umschulung sowie von gemeinsamen Spaziergängen und Musikveranstaltungen gegeben.

Tabelle 30 Antworten auf die Frage "Wünschen Sie mehr Freizeitangebote" in Abhängigkeit vom Lebensalter

antwort	Anteil der die Freizeiteinrichtungen benutzenden Patienten (%)	Durchschnittsalter (Jahre)
ja	60,1	36,3
nein	39,1	48,6

Tabelle 31 Antworten auf die Frage "Wünschen Sie mehr Freizeitangebote" in Abhängigkeit vom Personenstand

Personenstand	mögliche Antworten (%)	
	ja	nein
ledig	75,0	25,0
verheiratet	50,0	50,0
geschieden	63,6	36,4
verwitwet	11,1	88,9

Jüngere, ledige oder geschiedene Patienten wünschten eine Erweiterung des Freizeitangebotes, während ältere, verheiratete oder verwitwete das derzeitige Angebot für ausreichend hielten (Tab. 30 u. 31).

Das Problem einer sinnvollen Freizeitgestaltung wird besonders in den 21 % aller befragten Tuberkulosekranken deutlich, denen die Einrichtungen zwar bekannt waren, die aber mit diesen nichts anzufangen wußten. Mit ziemlicher Sicherheit sind dazu noch die 49 % der Befragten zu rechnen, welche die Frage über die Freizeiteinrichtungen nicht beantworteten, so daß von 70 % aller Patienten ausgegangen werden kann, die das vielseitige Angebot einer Freizeitgestaltung nicht annahmen. Bedenkt man dabei, daß der Tuberkulosekranke während der stationären Behandlung dem Getriebe des normalen Alltags nicht ausgesetzt ist und während der verhältnismäßig langen Zeit seines Aufenthaltes voll versorgt wird, so daß für ihn der lange Tag überwiegend Freizeit ist, wirkt das mangelnde Interesse an irgendeiner aktiven Tätigkeit bei einem so großen Teil beängstigend. Um wieviel größer erst muß dieser Anteil unter der Normalbevölkerung sein, bei der das Desinteresse an einer aktiven Tätigkeit oder überhaupt die Fähigkeit zur Selbstbeschäftigung durch die Hast des modernen Alltags verdeckt wird. Die langen

Autoschlängen an den Wochenenden und die weiten Fahrten aus den Städten sind dafür ein Beweis und eher als Flucht vor Langeweile, denn als Bedürfnis zur Erholung zu bewerten. Die damit verbundene körperliche Bewegungsarmut während der Freizeit entspricht auch vom medizinischen Standpunkt nicht dem Erfordernis des modernen Arbeitsprozesses mit seiner vorwiegend nervlichen Belastung bei geringer Muskelbeanspruchung. Ein großer Teil der Freizeit wird auch passiv vor dem Fernsehschirm verbracht. Innerhalb der Familie geht auf diese Weise der Kontakt verloren. Zuwendung zueinander, Gespräche, Beschäftigung mit den Kindern werden durch Ersatzbefriedigungen verdrängt. Alkohol- und Drogenprobleme spielen eine immer größere Rolle.

Das deprimierende Ergebnis der Befragung über die Freizeiteinrichtungen im ZKH-Gauting, daß 70 % der Patienten dem vielseitigen Angebot keine Beachtung schenken und die langen Tage ihres Aufenthaltes im Krankenhaus auf irgendeine Weise sinnlos verbringen, ist offensichtlich nicht nur ein Problem des Krankenhauses, sondern ein allgemein gesellschaftliches im modernen Wohlfahrtsstaat, für das bis jetzt - wie die Zunahme der Alkohol- und Drogensüchtigen zeigt -, noch keine Lösung gefunden wurde. Diese wird möglicherweise in

einer Hebung des allgemeinen Bildungsniveau und in einer Heranführung möglichst großer Bevölkerungskreise an ein geistiges Tätigkeitsfeld zu suchen sein, nachdem das bisherige Hauptanliegen des Menschen, seine physische Existenz zu sichern, bei uns weitgehend gelöst ist. Anderenfalls droht eine Entwicklung der Gesellschaft auf einen Zustand hin, der heute bereits in Heilstätten vorzufinden ist.

3.4 Alkoholkonsum

Wie Tabelle 12 zeigt, tranken 49 % der befragten Patienten im ZKH-Gauting regelmäßig Alkohol, wobei nur 8 % eine Antwort verweigerten. Die Frage nach der Art der alkoholischen Getränke wurde bereits von 49,7 % nicht beantwortet (Tab. 13), und ähnlich war das Ergebnis nach der Menge des täglichen Alkoholkonsums (54 % keine Antwort, vgl. Tab. 14) und nach dem Ort des Trinkens (52,1 % keine Antwort, vgl. Tab. 15). Mit ziemlicher Sicherheit sind in dieser Gruppe die besonders starken Trinker zu vermuten. Gestützt wird diese Vermutung durch das Ergebnis der von MUNZINGER (22) im Jahre 1978 in derselben Anstalt durchgeführten Erhebung nach der Methode der Fremdbefragung. Auskunftspersonen waren die

behandelnden Ärzte und Krankenschwestern. Danach tranken 60 % aller Patienten regelmäßig Alkohol, 32 % waren Alkoholiker. Als "Alkoholiker" wurden Patienten bezeichnet, die regelmäßig täglich mehr als drei Flaschen Bier oder eine äquivalente Menge Schnaps tranken und Leberschädigungen oder cerebrale Abbauerscheinungen hatten. Bereits im Jahre 1959 ergab eine diesbezügliche Untersuchung in verschiedenen Tuberkuloseheilstätten, daß in Österreich 30 %, in der Schweiz 40 % und in Frankreich 45-67 % der Patienten Alkoholiker waren (21). Vergleicht man die Ergebnisse der letzten 20 Jahre dieser Studien und berücksichtigt dabei den in dieser Zeit rapide gestiegenen Lebensstandard der Bevölkerung verbunden mit der großen Zunahme an Freizeit, so wird man im annähernd konstant gebliebenen Anteil an Alkoholikern unter den Tuberkulosekranken einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Tuberkuloseanfälligkeit und dem Alkoholkonsum sehen.

Wie Abb. 7 zeigt, waren unter den Patienten, die einen Alkoholkonsum zugaben, überwiegend Ledige und Geschiedene. 38,7 % aller Befragten tranken am häufigsten Bier (Tab. 13).

Die meisten Patienten tranken im Krankenzimmer (19,0 %), im Aufenthaltsraum (16,0 %) und auf dem Krankenhausge-

lände (9,2 %). Die umliegenden Gaststätten wurden von 3,7 % aller befragten Patienten aufgesucht.

In Abb. 8 wird der Ort des Alkoholkonsums mit dem Personenstand verglichen. Verheiratete und verwitwete Patienten nahmen vorwiegend auf den Stationen Alkohol zu sich, während die Unverheirateten im Krankenhausgelände oder in den umliegenden Gaststätten tranken.

Mangelnde Einsicht in den Krankheitsverlauf, Gefährdung des Therapieerfolges durch übermäßigen Alkoholgenuß und Mißachtung der seuchenhygienischen Vorschriften führten gerade bei dieser Personengruppe immer wieder zu Konflikten mit dem medizinischen Personal und zu disziplinarischen Maßnahmen.

Die sozial bedeutsamen Folgen des Alkoholismus, die Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen, führen dazu, daß viele dieser Menschen primär ohne Partner bleiben, nach KÖSTNER und Mitarbeitern (17) sind es 29 %. Nach FEUERLEIN (7) beträgt bei Ehen mit Alkoholikern in Bayern die Trennungsrate 33 % gegenüber 17 % in der bayerischen Bevölkerung. Die Ehescheidungen sind nicht nur Folge sondern auch Ursache des Alkoholmißbrauches. Diese ungünstige Entwicklung führt schließlich zur völligen Vereinsamung und zum Verfall an den Alkoholismus (6).

Abb. 7 ALKOHOLKONSUM IN ABHÄNGIGKEIT VOM PERSONENSTAND

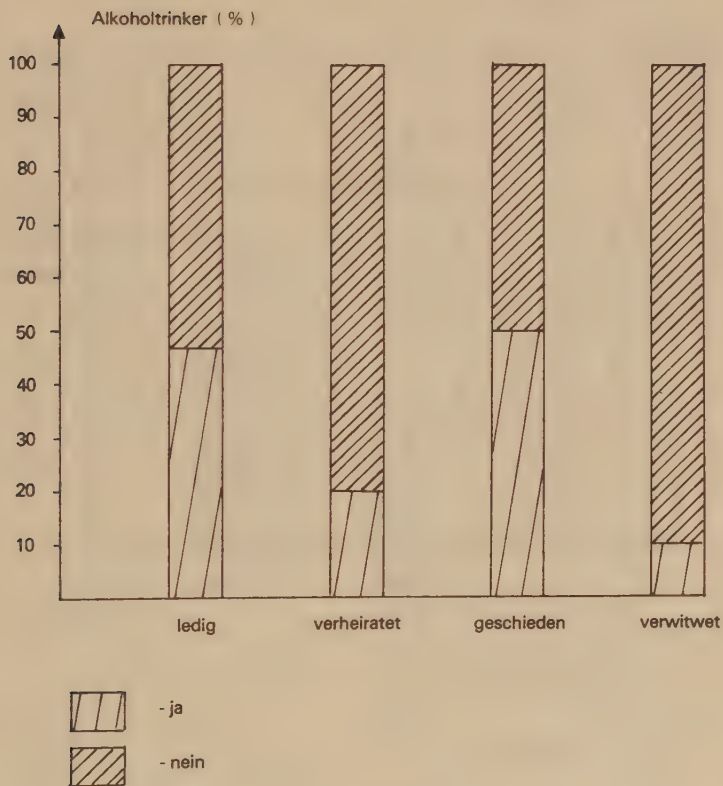
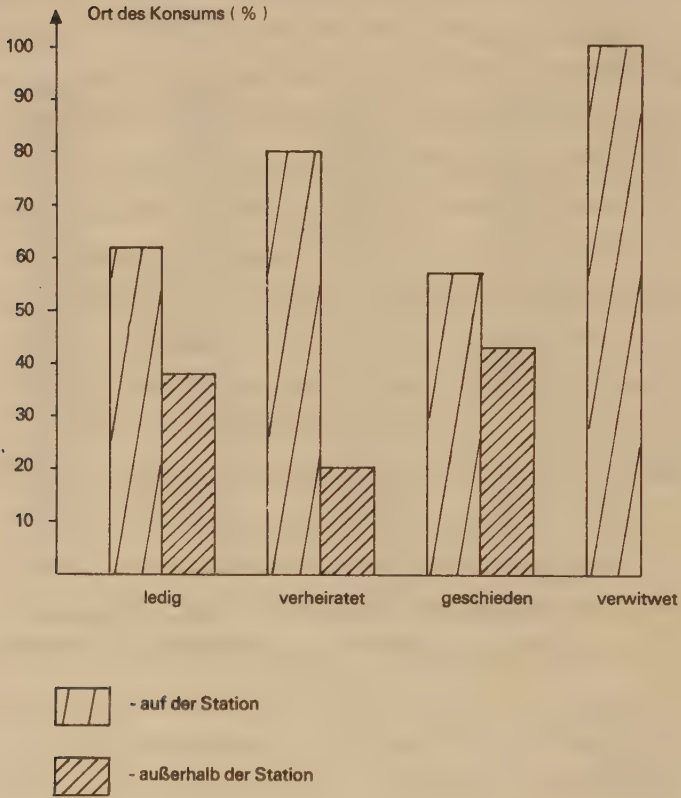


Abb. 8

ORT DES ALKOHOLKONSUMS IN ABHÄNGIGKEIT VOM PERSONENSTAND



Ein weiterer Beweis für den Alkoholabusus unter den sozial nicht gebundenen Patienten ist das häufige Vorkommen von Lebererkrankungen (vgl. "Hepatopathien").

In Abb. 9 wird der Anteil der Patienten mit erhöhten Enzymaktivitäten bei der stationären Aufnahme und am Stichtag verglichen. Die Geschiedenen hatten danach am häufigsten Transaminasenerhöhungen. Die bei 46 % der verwitweten Patienten vor Behandlungsbeginn ebenfalls erhöhten Werte müssen dagegen wohl im Zusammenhang mit den im höheren Lebensalter häufiger auftretenden Begleit leiden gesehen werden.

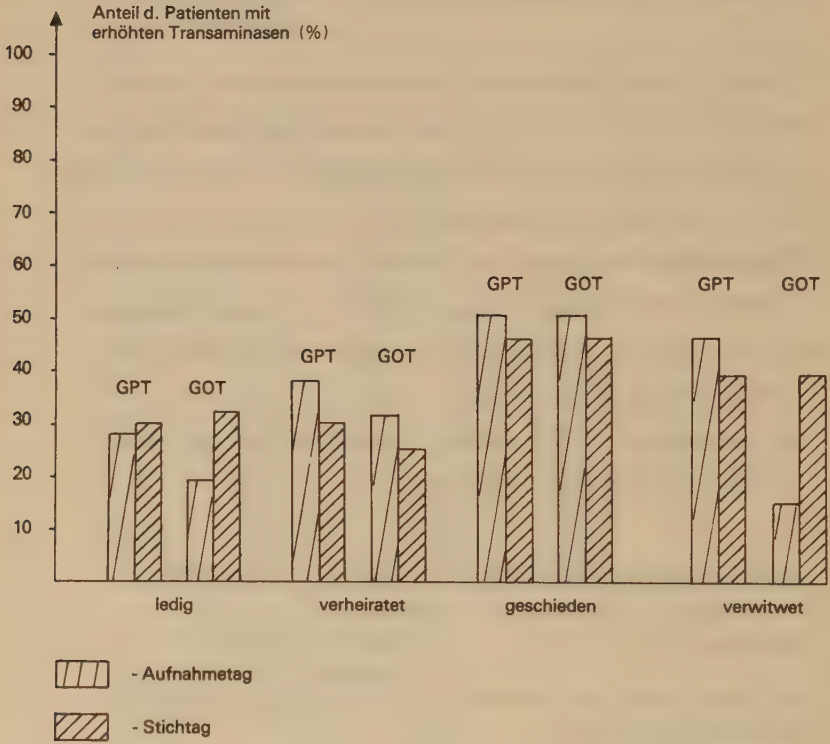
Die Bezugsquelle für alkoholische Getränke ist aus folgender Tabelle ersichtlich.

Tabelle 32 Bezugsquellen alkoholischer Getränke

Bezugsquelle	Anteil der Alkoholtrinkenden Patienten (%)
Krankenhauskantine	87,1
Besucher	9,1
auswärtige Gast- und Verkaufsstätten	3,8
	100,0 %

Das Alkoholproblem ist in der Heilstätte durch eine

Abb. 9 TRANSAMINASENERHÖHUNGEN IN ABHÄNGIGKEIT VOM PERSONENSTAND



Unterbindung des Ausschankes in der Kantine jedoch nicht zu lösen. Nach BLAHA (4) würden dann die umliegenden Gastwirtschaften zur Hauptbezugsquelle, wobei gleichzeitig die Gefährdung der Bevölkerung durch Patienten mit offener Tuberkulose zunehmen würde.

Ein Erfolg wäre also nur durch eine konsequente Abriegelung der Heilstätte unter Einschluß einer Kontrolle der Besucher zu erreichen, was ohne eine tiefgreifende Einschränkung der persönlichen Freiheit der Patienten nicht durchführbar ist. Solche Maßnahmen ließen auf eine Bestrafung der Patienten nur aufgrund ihrer Krankheit hinaus. Gerechtfertigt ist eine Einweisung des Tuberkulosekranken in eine geschlossene Anstalt erst nach schwerwiegenden disziplinarischen Verfehlungen während der Behandlung.

Wie Tabelle 13 zeigt, wird als alkoholisches Getränk Bier bevorzugt. Um ein Abgleiten in stärkere Alkoholika zu verhindern und trotzdem den Alkoholkonsum nichtalkoholgefährdeter Patienten zu kontrollieren, ist der Bierausschank im ZKH-Gauting auf sechs Flaschen pro Woche und Patient rationiert worden.

Diese Maßnahmen sind durchaus mit den Vorstellungen der Patienten vereinbar, denn 49,6 % der Befragten sahen reale Möglichkeiten zur Einschränkung des Alkohol-

konsums oder waren für dessen Unterbindung (vgl. Tab. 17 u. 18) ziemlich unabhängig von Alter und Personenstand.

3.5 Rauchen

Die ausgezeichneten Erfolge der Chemotherapie haben das Problem der negativen Auswirkung des Rauchens auf den unmittelbaren Krankheitsverlauf der Tuberkulose in den Hintergrund gedrängt.

Wie Untersuchungen von HOPPE (12) an einem umfangreichen Patientengut zeigen, hat das Rauchen auf die Sputumkonversion und die Dauerheilerfolge keinen Einfluß. Man kann jedoch die Rauchgewohnheiten als eine Art Gradmesser für die innere Einstellung zum Krankheitsgeschehen betrachten.

53,4 % der befragten Patienten waren Raucher (vgl. Tab. 20) mit einem durchschnittlichen Konsum von 14,7 Zigaretten pro Tag. Von den Männern rauchten 65 % täglich 16, von den Frauen 35 % täglich 14 Zigaretten. Beste Behandlungserfolge waren überraschenderweise bei starken Rauchern zu verzeichnen. Diese können dadurch erklärt werden, daß Patienten mit schweren Erkrankungen vorübergehend das Rauchen einschränkten oder gar unter-

brachen, wodurch bei der Auswertung der Antworten ein Zusammenhang zwischen Rauchen und Rückbildung der Tuberkulose verwischt wird (Tab. 33).

Tabelle 33 Rückbildung der Tuberkulose im Vergleich zur Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten

Rückbildung der Tuberkulose	Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten
keine	12,3
mittel	12,5
gut	17,0

In Tabelle 34 werden allgemeine und sozialpsychologische Angaben mit dem täglichen Zigarettenkonsum verglichen. Es zeigt sich, daß berufstätige und junge Patienten zu den starken Rauchern gehörten und starke Zigarettensorten bevorzugten. Parallel zur täglichen Zigarettenmenge nahm auch der Alkoholkonsum zu. Mit dem "Krankenhausaufenthalt zufriedene" Patienten rauchten die wenigsten Zigaretten und hielten die angebotenen Freizeitmöglichkeiten für ausreichend und gut (vgl. Abb. 10a). Diese Patienten gaben auch eine Besserung ihres seelischen und Allgemeinbefindens an (Abb. 10b).

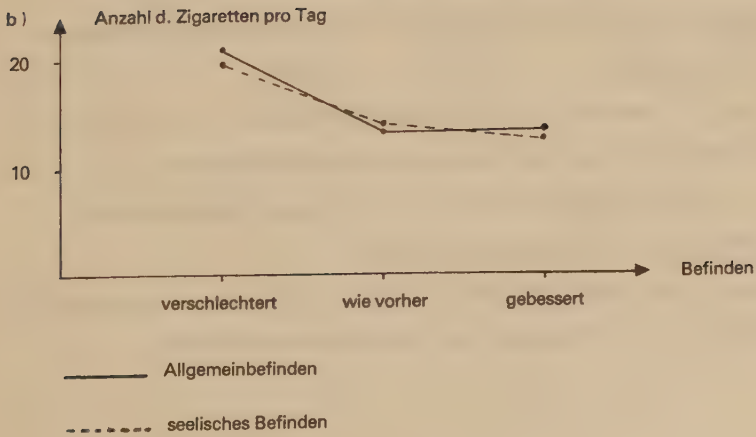
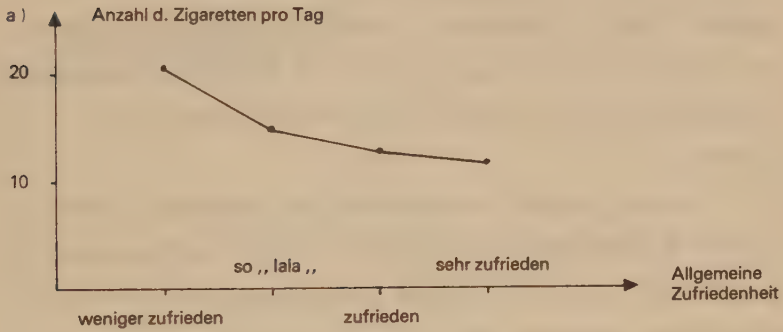
Tabelle 34 Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten
in Abhängigkeit von verschiedenen Para-
metern

Parameter		Zigaretten pro Tag	
Geschlecht	Männer		16
	Frauen		14
Alter	17-26	Jahre	15
	27-39	Jahre	18
	40-52	Jahre	14
	über 53	Jahre	9
Berufstätige			16
Nichtberufstätige			12
Zigarettensorte	mild		12
	stark		18
Zufriedenheit mit der			
Freizeitgestaltung	ja		14
	nein		18
Wunsch nach mehr			
Freizeitangebot	ja		16
	nein		12

Abb. 10 ZAHL DER TÄGLICH GERAUCHTEN ZIGARETTEN IN ABHÄNGIGKEIT VON

a) DER "ALLGEMEINEN ZUFRIEDENHEIT" MIT DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT
UND

b) VON DEM "BEFINDEN"



3.6 Subjektives Wohlbefinden

Die Antworten auf die Fragen nach dem seelischen, körperlichen und allgemeinen Befinden sind in den Tabellen 23 bis 25 angegeben. Vergleicht man die Antworten miteinander so fällt auf, daß 66,3 % der Patienten sich körperlich, aber nur 38,7 % sich seelisch gebessert fühlten.

Eine Verschlechterung des körperlichen Befindens gaben nur 5,5 %, ein verschlechtertes seelisches Befinden jedoch 20,9 % an. Die Antworten zum allgemeinen Befinden entsprachen etwa dem seelischen, wurden also von den Patienten mit diesem gleichgesetzt.

Das körperliche und seelische Befinden wird in Abb. 12 mit dem Lebensalter verglichen. Ältere Patienten fühlten sich danach eher gebessert als die jüngeren.

Ausdehnung der Tuberkulose und Therapieprobleme durch komplizierende Begleitiden hatten keine signifikanten Auswirkungen.

In Abb. 11 werden die Beziehungen zwischen dem Befinden der Patienten und dem Personenstand dargestellt. Ledige und Geschiedene fühlten sich danach am wenigsten körperlich und seelisch gebessert.

Weitere Einflüsse auf das seelische Befinden ließen sich von der Berufstätigkeit der Patienten ableiten.

Abb.11 ABHÄNGIGKEIT DES SEELISCHEN UND KÖRPERLICHEN BEFINDENS
VOM PERSONENSTAND

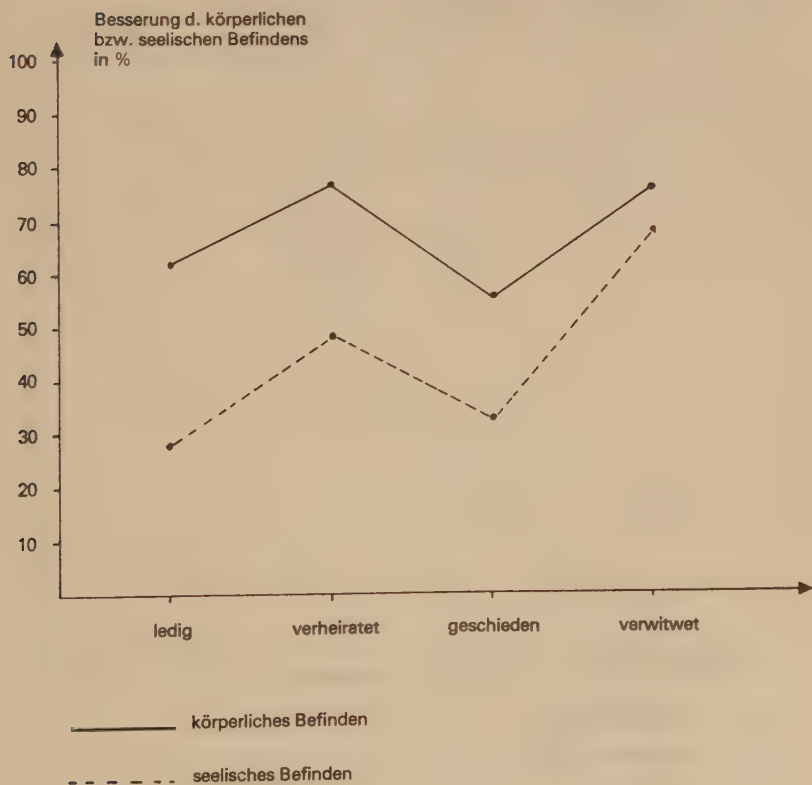


Abb.12 ABHÄNGIGKEIT DES SEELISCHEN UND KÖRPERLICHEN
BEFINDENS VOM LEBENSALTER

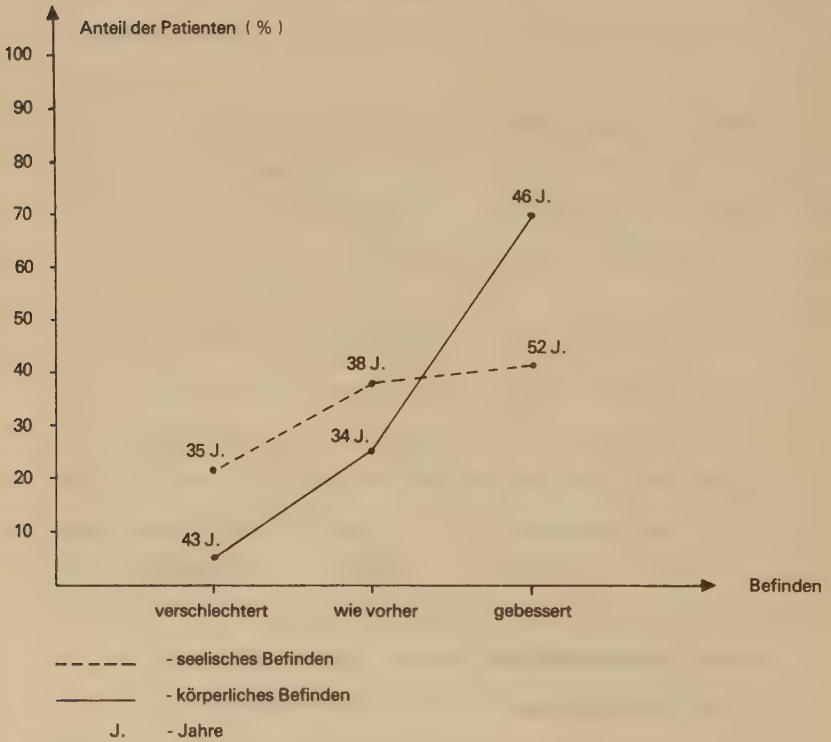


Tabelle 35 zeigt, daß sich die Patienten am häufigsten seelisch verschlechtert fühlten, die als Berufstätige unter existentiellen Druck standen.

Tabelle 35 Seelisches Befinden in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

Berufstätigkeit	seelisches Befinden		
	gebessert	wie vorher	verschlechtert
ja	28 %	42 %	30 %
nein	60 %	33 %	7 %

Konklusion

Zur Diskussion kann abschließend festgestellt werden, daß die Ergebnisse dieser Untersuchung evident sind. Die "Erkrankten an Tuberkulose" sind eine auch aus sozialer und psychischer Perspektive unterscheidbare, gesonderte Subpopulation, eine Auswahl aus der Gesamtbevölkerung, die sich, wie gezeigt werden konnte, in bezug beispielsweise auf Familienstand, Trinkgewohnheiten, auf soziale Schichtung deutlich von der Gesamtbevölkerung abhebt.

Der Begriff der "psychosomatischen" Medizin ist nach der sozialen Seite hin erweitert. Es handelt sich hier um eine "konkrete Soziologie", die uns auf die vielfältigen Wurzeln der Krankheit hinführt.

Was die Arbeit im wesentlichen ausmacht, besteht in einem Zahlenwerk, das anhand eines Fragebogens erhoben wurde. Dieser ist von fachpsychologischer und fachphysiologischer kompetenter Seite entworfen worden. Es sollte weder versucht werden, die soziale und psychische Seite in vollem Umfang auszuschöpfen, noch auch die "Tuberkuloseseite": Wesentlich war das Zusammenführen verschiedener Systeme, verschiedener Gesichtspunkte, um das Multifaktorielle der ärztlichen Tätigkeit in diesem Felde darzustellen.

4. Zusammenfassung

Zur Ermittlung der medizinischen, sozialen und psychologischen Probleme, die sich bei einem längeren Krankenhausaufenthalt ergeben, wurden 163 Patienten des ZKH-Gauting der LVA-Oberbayern nach ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt, ihrer Zufriedenheit mit dem Klinikbetrieb und den angebotenen Freizeiteinrichtungen und nach ihrem Befinden befragt. 84 % der Befragten hatten eine Tuberkulose der Atmungsorgane, 3 % zusätzliche Komplikationen durch extrapulmonale Manifestationen der Tuberkulose und 13 % andere pulmonale Erkrankungen. 73 % waren Männer und 27 % Frauen, das Durchschnittsalter betrug 43 Jahre. Berufstätig waren 60 %, davon 68 % als Arbeiter und Facharbeiter und 27 % als Angestellte. Im Vergleich mit der Normalbevölkerung war der Anteil der Ledigen um den Faktor 1,7, der Geschiedenen um den Faktor 5 und der der Alkoholiker um den Faktor 10 erhöht.

Von diesen Patienten waren 53,3 % mit ihrem Krankenhausaufenthalt allgemein zufrieden bzw. sehr zufrieden; mit dem medizinischen Fachpersonal waren es sogar ca. 94 %. In dieser Gruppe war das Durchschnittsalter mit 48 Jahren deutlich höher als das des untersuchten Ge-

samtkollektivs, ebenso erhöht war der prozentuale Anteil der Verheirateten, Verwitweten und Nichtraucher. Dagegen war die allgemeine Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt unabhängig von der Schwere der Erkrankung.

Die angebotenen Freizeiteinrichtungen wurden nur von ca. 30 % der Befragten angenommen, wobei 90 % von ihnen damit zufrieden waren. In dieser Gruppe lag das Durchschnittsalter mit 40 Jahren unter dem des Gesamtkollektivs. Ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Benutzung der Freizeiteinrichtungen konnte dagegen vermutlich deshalb nicht eindeutig nachgewiesen werden, weil 54 % der Befragten eine Auskunft über die Menge getrunkenen Alkohols verweigerten. Da dieser Anteil jedoch ungefähr den 60 % alkoholtrinkender Patienten entspricht, die nach der Methode der Fremdbefragung an einem anderen Kollektiv dieses Krankenhauses ermittelt wurde, kann mit ziemlicher Sicherheit gefolgert werden, daß unter den 30 % Benutzern der Freizeiteinrichtungen überwiegend Nichtalkoholiker waren. Eine Erweiterung des Freizeitangebots hätte demnach keinen Einfluß auf den Alkoholverbrauch.

Während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes fühlten 66,3 % eine Verbesserung des körperlichen, aber nur

38,7 % eine Verbesserung des seelischen Befindens. Die geringste Besserung wurde von jüngeren, berufstätigen, ledigen und geschiedenen Patienten empfunden.

Die erforderliche lange Krankenhausbehandlung der Tuberkulose, die dank der modernen Chemotherapie häufig mit nur relativ geringen körperlichen Beschwerden verbunden ist, führt bei vielen Patienten zu einer Unzufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt und zu einer Verschlechterung des seelischen Wohlbefindens. Diese Probleme sind mit allgemein sozialen Faktoren enger verknüpft als mit dem Gesundheitszustand an sich. Unzufriedenheit ist insbesondere bei jüngeren Patienten, bei Berufstätigen, bei familiär Ungebundenen und bei Patienten mit Neigung zu Alkohol- und Nikotinmißbrauch zu finden. Diese Patienten müssen daher neben der medizinischen Behandlung eine verstärkte sozialtherapeutische Betreuung erfahren.

5. Literatur

1. Bericht über das bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1978, Band 86, S.26, München 1979. Herausgeb. Bayer. Staatsministerien des Innern und für Arbeit und Sozialordnung
2. Birkhäuser, H.
"Beziehungen zwischen Tuberkulose und Psyche",
Deutsches med. Journal 1971/2, S.33-38
3. Blaha, H.
"Krankheit, Medizin, soziale Sicherung im Wandel",
Schriftenreihe des Bayerischen Staatsministerium für
Arbeit und soziale Fürsorge 1970, S.47
4. Blaha, H.
Interview mit der Süddeutschen Zeitung, 23.4.1981
5. Bronkhorst, W.
"Das psychische Moment bei der Behandlung der Lungen-
tuberkulose", Psyche 3, 721(1950)
6. Edwards, G.
"The alcoholic doctor; a case of neglect",
Lancet 1975/II, 1297
7. Feuerlein, W.
"Der Alkoholismus in sozialpsychiatrischer Sicht",
Med. Klinik 23, 922 (1967)
8. Feuerlein, W.
"Alkoholismus- Mißbrauch und Abhängigkeit",
Georg-Thieme-Verlag Stuttgart 1979

9. Forschbach, G.

"Schwierigkeiten bei der stationären Behandlung Tuberkulosekranker und Wege zu ihrer Überwindung",
Beitr. Klin. Tuberk. 136, 34 (1966)

10. Hawkins, N.G., Davies, R. u. Holmes, Th.

"Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis", Amer. Rev. Tuberc. Pulmon. Dis. 75, 5 (1957)

11. Hippokrates,

zit. nach: M.Blohmke u. W.Schipperges, "Medizinische Ökologie-Aspekte und Perspektiven", Hüthig-Verlag, Heidelberg 1979, S.11

12. Hoppe, R.

"Die Bedeutung sozialhygienischer, soziologischer und medizinischer Faktoren für die Behandlungsergebnisse bei Lungentuberkulosen", Georg-Thieme-Verlag Stuttgart 1969

13. Jaspers, K.

"Arzt und Patient", Stud. generale 6, 435 (1953)

14. Katschnig, H.

"Sozialer Streß und psychische Erkrankung", Fortschritte der Sozialpsychiatrie Bd.5, Verlag Urban und Schwarzenberg München, Berlin, Wien 1980, S.11

15. Kissen, D.M.

"Emotional factors in pulmonary tuberculosis", Tavistock, London 1958

16. Kleinsorge, H.

"Die Behandlung des Alkoholismus unter Nutzung therapeutischer Ketten", Der Arzt im Krankenhaus 9, 525 (1979)

17. Köster, H. Matakas, F. u. Scheuch, E.

"Alkoholismus als Karriere", Institut f. angew. Sozialforsch. d.Univ.Köln, Rheinische Landesklinik Düren 1978, zit. nach (8)

18. Laberke, J.A.

"Unsere Kranken- gestern, heute, morgen", in: "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000", Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung 1981, S.19

19. Langenmayr, A.

"Krankheit als psychosoziales Phänomen", Verlag f. Psychologie, Göttingen-Toronto-Zürich 1980, S.5

20. Levendel, L. u. Mezei, A.

Acta tuberc. scand. 41, 112 (1962), zit. nach (2)

21. Merkel, K.L. u. Merkel, J.

"Alkoholismus und Alkoholabusus in der Heilstätte", Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 121, 480 (1959)

22. Munzinger, W.

"Der Alkoholismus unter den Tuberkulosekranken im Zentralkrankenhaus Gauting", unveröffentlichte Untersuchung aus dem Jahre 1978

23. Neumann, G.

"Kritisches zu sozialmedizinischen Methoden, dargestellt am Beispiel Tuberkulose", Manuskript zur

- 18.Arbeits-und Fortbildungstagung im Zentralkrankenhaus Gauting am 9.3.1974
24. Rahe, R. Meyer, M. Smith, M., Kjaer, G. u. Holmes, Th.
"Social stress and illness onset", J. Psychosom.
Res. 8, 37 (1964)
25. Rose, A.M.
"Theory and Methods in Social Sciences", Minneapolis
1954, S.3
26. Rottach, H.
Dissertation, Med. Fak. d. Universität München 1976
27. Sauer, E.
Dissertation, Med. Fak. d. Universität München 1974
28. Statistisches Jahrbuch für Bayern 1978, S.22 u. 115,
Herausgeb. Bayerisches Statistisches Landesamt
29. Troschke, J.
"Das Kind als Patient im Krankenhaus", München-
Basel 1974, S.11
30. Virchow, R.
Zitat nach: Blohmke, M. "Handbuch der Sozialmedizin",
Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1976, S.356
31. Wildhirt, E.
"Tuberkulose und Lebererkrankungen", Med. Klinik 60,
1065 (1965)
32. Wildner, F.
"Zur Bedeutung der Persönlichkeit des Kranken im Hin-
blick auf die Aussichten der Behandlung", Beitr.
Klin. Tuberk. 140, 145 (1969)

6. Anhang

Zentralkrankenhaus Gauting der IVA Obb.

- Arztl. Direktor Prof. Blaha -

Liebe Patientinnen und Patienten,

hiermit führen wir eine Untersuchung im Zentralkrankenhaus Gauting (ZKH Gauting) durch, um zu erfahren, wie zufrieden oder unzufrieden Sie hier sind und welche Möglichkeiten bestehen, Ihren Aufenthalt in Gauting für Sie angenehmer und auch sinnvoller zu gestalten.

Wir bitten Sie deshalb herzlich, die folgenden Fragen vollständig und ehrlich zu beantworten. Sollten Sie beim Ausfüllen Schwierigkeiten haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Stationsschwester. Bitte geben Sie ihr auch bald Ihren ausgefüllten Fragebogen zurück.

Ihr Name tut nichts zur Sache, Sie brauchen ihn deshalb hier nicht anzugeben.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.

gez. Blaha, Arztl. Direktor

Bitte machen Sie zu jeder Frage bloß ein Kreuz bei der Antwort, die Sie für richtig halten. Bei mehreren Fragen können Sie auch mehr als ein Kreuz machen, diese Fragen sind aber dann besonders gekennzeichnet.

Sind Sie

männlich? ☐

weiblich? ☐

Wie alt sind Sie?

 Jahre

Welche Schulbildung haben Sie (abgeschlossen)?

Sonderschule ☐

Volksschule ☐

Mittlere Reife ☐

Abitur ☐

Keine ☐

Sonstige ☐

Waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer Krankenhauseinweisung be-

rufstätig?

Ja ☐

Nein ☐

Halten Sie sich im ZKH auf wegen

einer Kur ☐

einer Erkrankung . . . ☐

zur Beobachtung . . . ☐

Wie lange halten Sie sich schon im ZKH auf? _____ Wochen

Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrem Aufent-

halt im ZKH?

sehr zufrieden ☐

zufrieden ☐

im großen und ganzen zufrieden . . . ☐

weniger zufrieden ☐

ziemlich unzufrieden ☐

sehr unzufrieden ☐

Bei der folgenden Frage können Sie mehr als eine Antwort ankreuzen!

Sind Sie	zufrieden	unzufrieden
mit der Freizeitgestaltung	☐	☐
mit den Krankenschwestern	☐	☐
mit den Ärzten	☐	☐
mit der Essensmenge	☐	☐
mit der Essensgüte	☐	☐
mit den Einkaufsmöglichkeiten	☐	☐
mit der Ausstattung der Räume	☐	☐
mit der Ausgangs- u. Urlaubsregelung	☐	☐
mit den Liegekuren	☐	☐
mit den Visiten	☐	☐
mit der Hausordnung	☐	☐

Auf welcher Station sind Sie zur Zeit untergebracht?

Station _____

Bei der folgenden Frage können Sie mehr als eine Antwort ankreuzen!

Kennen Sie folgende Freizeitmöglichkeiten im ZKH und sind

Sie damit eher zufrieden oder eher unzufrieden?

	bekannt	zufrieden	unzufrieden
Beschäftigungstherapie	☐	☐	☐
Patientenbücherei	☐	☐	☐
Minigolf	☐	☐	☐
Boccia-Bahn	☐	☐	☐
Radio-Gauting	☐	☐	☐

	bekannt	zufrieden	unzufrieden
Patienten-Club	☐	☐	☐
Schach	☐	☐	☐
Gesellschaftsspiele	☐	☐	☐
Kino/Theater	☐	☐	☐

Wünschen Sie mehr Freizeitangebote? Ja ☐ Nein ☐

Bei der folgenden Frage können Sie mehr als eine Antwort ankreuzen!

Wünschen Sie beispielsweise

- mehr sportliche Betätigung ☐
mehr kulturelle Veranstaltungen ☐
mehr Gemeinschaftsveranstaltungen ☐

Sonstiges, und zwar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Trinken Sie hier im Krankenhaus alkoholhaltige Getränke? Ja ☐ Nein ☐

Trinken Sie dann eher Bier ☐
eher Wein oder Schorle ☐
eher Schnaps oder harte Getränke . . . ☐

Wieviele Flaschen trinken Sie denn etwa täglich?

an Bier 1 Fl. ☐ 3 Fl. ☐ 5 u. mehr Fl. ☐
an Wein/Schorle ☐ 2 Fl. ☐ 4 u. mehr Fl. ☐

Wenn Sie Alkohol trinken, wo ist das dann hauptsächlich?

im Krankenzimmer ☐
im Aufenthaltsraum ☐
im Krankenhausgelände ☐
auswärts ☐

Woher bekommen Sie hauptsächlich Ihre alkoholhaltigen
Getränke?

durch Einkauf in der Kantine ☐
durch Besucher ☐
durch Besorgen von draußen ☐

Sehen Sie Möglichkeiten, den Alkoholkonsum im Kranken-
haus einzuschränken? Ja ☐ Nein ☐

Meinen Sie, daß es notwendig ist, daß in einem Kranken-
haus weniger oder gar kein Alkohol getrunken wird?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn hier im Krankenhaus ein Alkoholverbot gelten würde,
würden Sie das befürworten ☐
ablehnen ☐

Sind Sie Raucher? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Sie Raucher sind, wieviele Zigaretten rauchen Sie
dann etwa täglich? _____ Zigaretten

STICHTAGPRÜFUNG

Anamnestiche Daten:

Laufende Nr. 1

Kartenart 1 4

1. Aufnahmetag:

Tag

Mon.

Jahr

 5

2. Geburtstag:

Tag

Mon.

Jahr

 11

3. Geschlecht: männlich = 1
weiblich = 2 17

4. Nationalität: deutsch = 1
jugosl. = 2
türk. = 3
italien. = 4
griech. = 5
österr. = 6
staatenl. = 7
sonst = 8 18

5. Beruf: ungelernter Arbeiter = 1
Handwerker/Facharb. = 2
Angestellter/Beamter = 3
selbständig = 4
Hausfrau/Rentner = 5
arbeitslos = 6 19

6. Erstfeststellung der TBK:

Mon.

Jahr

 20

7. Wievielttes HV ☐☐ 24
8. Beginn der Behandlung vor Aufnahme: nein = 1
ja = 2 ☐ 26
9. Diagnose gesichert: M K H Kl
☐ ☐ ☐ ☐ 27

Status bei Aufnahme:

10. Mendel Mantoux: human mm ☐☐ 31
aviär mm ☐☐ 33

11. Lokalisation der TBK:

- Lunge ☐ 35
Pleura ☐ 36
Niere ☐ 37
Lymphknoten ☐ 38
WS ☐ 39
Gelenke ☐ 40
Genitale ☐ 41

12. Ausdehnung der TBK: I II III
☐ ☐ ☐ 42

13. Bakteriologischer Status: M: ^o ⁺ ⁺⁺ ⁺⁺⁺ ⁺⁺⁺⁺
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 45
K: ^o ^Z ⁽⁺⁾ ⁺ ⁺⁺ ⁺⁺⁺
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 50

14. Typenbestimmung: H Bov. Av. Atyp.
☐ ☐ ☐ ☐ 56

15. Alkoholismus: nein ja 3 L/die
☐ ☐ ☐ 60

16. Raucher: nein = 1
 ja = 2 63

Medikation Laufende Nr. ☐☐☐ 1

Kartenart ☐ 2 4

17. Medikation vor d. jetz. HV:
 INH/SM/PAS RMP/EMB/PTH PZ/CS/CM KM/VM/TSC
☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ 5

18. Medikation b. Beg. d. HV:
☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ 17

19. Medikation jetzt:
☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ 29

20. Resistenzen b. Aufnahme:
☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ 41

21. Hier aufgetret. Resist.
☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ 53

22. Transaminasen bei Aufnahme: GPT ☐☐☐ 65

GOT ☐☐☐ 68

Bili ☐☐☐ 71

23. Transaminasen jetzt:	GPT		73
	GOT		76
	Bili		79
Laufende Nr.			1
Kartenart		3	4

24. Medikamentennebenwirkungen:

Gastrointestinaltrakt

	INH/SM/PAS	RMP/EMB/PTH	PZA/CS/CM	KM/VM/TSC	
					5
Schwindel/Gehör					17
Leber					29
Augen					41
Sonstige					53
Laufende Nr.					1
Kartenart	4				4

25. Welche Medikamente wurden abgesetzt?

Wegen Resist. b. Aufn.

	INH/SM/PAS	RMP/EMB/PTH	PZA/CS/CM	KM/VM/TSC	
					5
Wegen Nebenwirkungen					17

25. Forts.

Aus anderen Gründen

INH/SM/PAS	RMP/EMB/PTH	PZA/CS/CM	KM/VM/TSC

29

Gegen welche ausgetauscht

--	--	--	--

41

Status am Stichtag

26. Röntgen / allgemeine Rückbildung: keine = 1

mäßig = 2

gut = 3

keine Angabe = 4

53

27. Bakter. Status:

	Ø	+	++	+++	++++
M:					

54

	Ø	Z	(+)	+	++	+++
K:						

59

28. Zuletzt positiv am:

	Tag	Mon.	Jahr
M:			

65

	Tag	Mon.	Jahr
K:			

71

Laufende Nr.

1

Kartenart

5

4

29. Begleitleiden:

Herz-Kreislauf

5

Hepatopathien

6

Diabetes

7

Zustand nach Magenresektion

8

29. Forts.

Sonstige Magenleiden	☐	9
Maligne Erkrankungen	☐	10
Anämien	☐	11
Nierenerkrankungen	☐	12
Polyneuropathien	☐	13
Hauterkrankungen	☐	14
Fettstoffwechselstörungen	☐	15
Rheumatische Erkrankungen	☐	16
Venerische Erkrankungen	☐	17
Gefäßkrankheiten	☐	18
Psychische Erkrankungen	☐	19

30. Extrapulmonale Zweiterkrankungen:

Unspezifische Lungeninfekte	☐	20
Mykosen	☐	21
Silikose	☐	22
Lungenfibrose	☐	23
Lungenemphysem	☐	24
Primäre Lungentumore	☐	25
Pulmonale Metastasen	☐	26
Bronchiektasien	☐	27
kardiolog.bedingte Lungenerkr.	☐	28
Spontanpneumothorax	☐	29

31. Keine Tuberkulose, Verdacht auf welches Leiden:

Unspezifischer Lungeninfekt	☐	30
Malignom	☐	31
Silikose	☐	32
Sarkoidose	☐	33
Eosine Infiltrate	☐	34
Sonstige	☐	35

32. Leberpunktion:	nein = 1		
	ja = 2	☐	36
Histologisches Ergebnis:			
	Fettleber	☐	37
	Tox. Hepatitis	☐	38
	Leberzirrhose	☐	39
	Granulomatose	☐	40
33. Bronchoskopie:	nein = 1		
	ja = 2	☐	41
PE:	nein = 1	☐	
	ja = 2	☐	42
Perbronchiale Biopsie:	nein = 1	☐	
	ja = 2	☐	43
34. Histologisches Ergebnis:			
	Unspezifische Entzündung	☐	44
	Malignom	☐	45
	Silikose	☐	46
	Fibrose	☐	47
	Mykose	☐	48
	Granulomatose	☐	49
	Tuberkulose	☐	50
	Sonstige	☐	51

Herrn Professor Dr. H. Blaha danke ich sehr für die Überlassung des Themas, für sein stets freundliches Entgegenkommen und für seine wertvollen Anregungen.

Mein Dank gilt außerdem Herrn Dipl.-Psych. Dr. W. Munzinger für die Formulierung des Fragebogens und für seine Hilfe bei der statistischen Auswertung.

Lebenslauf

Name: Bärbel, Hannelore Stanienda, geb. Schmottlach
Geburtstag: 29.10.1941
Geburtsort: Rathen Kreis Pirna
Wohnort: München

Schulbildung:

Volksschule: 1948 - 1956 in Mahlow Kreis Zossen
Oberschule: 1956 - 1960 in Blankenfelde Kreis Zossen

Medizinstudium:

Humboldt-Universität, Berlin 1960 - 1966
Staatsexamen: 1966
Approbation in Berlin: 1966
Approbation in München: 1973

Medizinische Tätigkeit:

1967 - 1971 Assistenzärztin, Interne Abteilung des
Kreiskrankenhauses in Prenzlau/Uckermark
1970 6 Monate Bezirksdiabetikerabteilung in
Prenzlau
1971 6 Wochen Zentralinstitut für Diabetes in
Karlsburg bei Greifswald

1971	Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland
1976 - 1979	Assistenzärztin, Zentralkrankenhaus Gauting der LVA Oberbayern
1978 - 1979	6 Monate Assistenzärztin in der 2.Medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Neuperlach
Ab 1.12.1979	Betriebsärztin im Zentralkrankenhaus Gauting
Seit 1979	Fachärztin für Innere Medizin mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

